

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AYDIN ZÜBEYDE HANIM KADIN DOĞUM VE
ÇOCUK HASTALIKLARI
HASTANESİNDE SIPOC SÜREÇ HARİTALAMA
TEKNIĞİ KULLANILARAK KALİTE YÖNETİM
SİSTEMİ BASAMAKLARINDA SÜREKLİ
İYİLEŞTİRME UYGULAMALARI**

KİFAYE ASLAN DALMIŞ

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE
AKREDİTASYON ANA BİLİMDALİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2010

DEÜ.HSI.MSc-2007970106

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AYDIN ZÜBEYDE HANIM KADIN DOĞUM VE
ÇOCUK HASTALIKLARI
HASTANESİNDE SIPOC SÜREÇ HARİTALAMA
TEKNİĞİ KULLANILARAK KALİTE YÖNETİM
SİSTEMİ BASAMAKLARINDA SÜREKLİ
İYİLEŞTİRME UYGULAMALARI**

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE
AKREDİTASYON ANA BİLİMDALİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

KİFAYE ASLAN DALMIŞ

Danışman Öğretim Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Bahattin TAYLAN

DEÜ.HSI.MSc-2007970106

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Kifaye ASLAN DALMIŞ tarafından hazırlanan ve danışmanlığını Yrd. Doç. Dr. Bahattin TAYLAN'ın yaptığı "Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde SİPOC Süreç Haritalama Tekniği Kullanılarak Kalite Yönetim Sistemi Basamaklarında Sürekli İyileştirme Uygulamaları" isimli bu tez/...../2010 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.

Jüri Başkanı
Yrd. Doç. Dr. Bahattin TAYLAN

Jüri Üyesi
Doç. Dr. Özkan TÜTÜNCÜ

Jüri Üyesi
Prof. Dr. Muammer KAYATEKİN

Jüri Üyesi
Doç. Dr. Ahmet VAR

Jüri Üyesi
Doç. Dr. Erdal ÖZKOL

İÇİNDEKİLER

İçindekiler	i
Tablolar Dizini	vi
Şekiller Dizini.....	viii
Özet.....	ix
Summary.....	x

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. UYGULAMANIN AMACI	1
1.2. UYGULAMA SORULARI.....	3

GENEL BİLGİLER

2.1. HİZMET İŞLETMELERİNDE KALİTE.....	5
2.1.2. HİZMET İŞLETMELERİNDE KALİTE YÖNETİMİ.....	6
2.1.2.1 Kalitenin Tanımı	6
2.1.2.2 Hizmet Kalite Kavramı	7
2.1.2.3 Hizmet Kalitesinin Boyutları	9
2.1.2.4 Hizmet Kalitesini Oluşturan Kalite Bileşenleri.....	11
2.1.2.5. Hizmet Kalitesinin Özellikleri	12
2.1.2.6. Kaliteli Hizmet Sunumunda Önemli Alanlar	13
2.1.3. SAĞLIK HİZMETLERİ.....	14
2.1.3.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı, Amacı ve Kapsamı	14
2.1.3.2 Sağlık Hizmetlerinin Önemi	17
2.1.3.3 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	18
2.1.3.4 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	23
2.1.4. HASTANE İŞLETMELERİ.....	24
2.1.4.1 Hastane Kavramına Genel Bakış	24
2.1.4.2 Hastanelerin Rollerini	26
2.1.4.3. Hastanelerin Amaçları.....	26
2.1.4.4. Hastane Fonksiyonları.....	27
2.1.4.4. Hastanelerde Örgüt Yapısını Oluşturan Birimler.....	28

2.1.4.5. Hastane Türleri.....	30
2.1.4.6. Hastanelerin Özellikleri	31
2.1.4.7. Hastaneleri Diğer İşletmelerden Ayıran Özellikleri	35
2.1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE.....	35
2.1.5.1. Teknik Kalite.....	39
2.1.5.2. Tedavi Sanatı.....	39
2.1.5.3. Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Boyutları.....	40
2.1.5.4. Sağlık Hizmetleri Kalitesini Etkileyen Faktörler	41
2.2 SÜREÇ VE SÜREÇ YÖNETİMİ KAVRAMLARI	42
2.2.1 SÜREÇ ÖZELLİKLERİ	46
2.2.2 SÜREÇ UNSURLARI	47
2.2.3 SÜREÇ HİYERARŞİSİ	48
2.2.3.1 Temel Süreçler	49
2.2.3.2 Alt Süreçler	49
2.2.3.3 Detay Süreçler.....	49
2.2.4 SÜREÇ YÖNETİMİ’NİN AMACI.....	49
2.2.2.5 SÜREÇ YÖNETİMİ’NİN GETİRİLERİ	50
2.2.6 SÜREÇ İYİLEŞTİRME YÖNTEMLERİ	52
2.2.6.1 Süreç İyileştirme Adımları.....	52
2.2.6.2 Süreçlerin Tanımlanması ve Kritik Süreçlerin Tespiti.....	53
2.2.6.3 Süreç Sahiplerinin ve Sorumluluklarının Belirlenmesi.....	53
2.2.6.4 Süreç Haritalarının Çizilmesi	54
2.2.7 SÜREÇ HARİTALAMA	55
2.2.8. İŞ SÜREÇLERİNİN HARİTALANMASINDA DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR	56
2.3. SIPOC SÜREÇ HARİTALAMA	57
2.3.1 SIPOC Süreç Haritalamanın Aşamaları	58
2.3.2 SIPOC Süreç Haritalama Örneği.....	62
2.3.3 SIPOC Süreç Ölçüt ve Göstergelerinin Tespiti	63
2.3.4 SIPOC Süreç Analiz Yöntemleri.....	64
2.3.5 SIPOC Süreç İyileştirme Nedenleri.....	69
2.3.6 Süreç İyileştirme Araçları.....	70
2.4 SAĞLIK BAKANLIĞI HİZMET KALİTE STANDARTLARI ANKETİ	73

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLAR.....	75
3.2 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	75
3.3 VERİ TOPLAMA VE ÖLÇÜM ARACI.....	75
3.4 ETİK KURUL ONAYI.....	76

BULGULAR

4.1 SIPOC SÜREÇ HARİTALAMA TEKNİĞİNİN UYGULANMASI ÖNCESİ AYDIN ZÜBEYDE HANIM KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİNDE ELDE EDİLEN BULGULAR.....	77
4.1.1 Poliklinik Hizmetlerinde SIPOC Süreç Haritalama Öncesi Durum.....	77
4.1.2 Laboratuvar Hizmetlerinde SIPOC Süreç Haritalama Öncesi Durum.....	80
4.1.3 Görüntüleme Hizmetlerinde SIPOC Süreç Haritalama Öncesi Durum.....	81
4.1.4 Ameliyathane Hizmetlerinde SIPOC Süreç Haritalama Öncesi Durum.....	82
4.1.5 Klinik Hizmetlerinde SIPOC Süreç Haritalama Öncesi Durum.....	83
4.1.6 Yoğun Bakım Ünitelerinde SIPOC Süreç Haritalama Öncesi Durum.....	84
4.1.5 Acil Servis Hizmetlerinde SIPOC Süreç Haritalama Öncesi Durum.....	85
4.2 SIPOC SÜREÇ HARİTALAMA TEKNİĞİNİN UYGULANMASINA KARAR VERİLMESİ SONRASI AYDIN ZÜBEYDE HANIM KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİNDE YAPILAN DÜZENLEMELER.....	87
4.2.1 Süreç İyileştirme Çalışmalarına Başlama Kararı Alınması.....	87
4.2.2 Kalite Eğitim Danışmanlığı Hizmeti Satın Alınması.....	88
4.2.3 Kalite Eğitim Çalışmaları Kapsamında Yapılan Faaliyetler.....	89
4.3 SIPOC SÜREÇ HARİTALAMA UYGULAMASI.....	90
4.4 KURUMSAL PERFORMANS KATSAYISININ BULUNMASI.....	91

TARTIŞMA

5. TARTIŞMA.....	92
------------------	----

SONUÇ VE ÖNERİLER

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	97
KAYNAKLAR.....	101

EKLER	105
EK 1 - Hizmet Kalite Katsayısı Anketi	105
EK 2 - Hastane Birimleri Arası İlişki Tablosu	134
EK 3 - Bulgular ile İlgili Tablolar	135

Tablolar Dizini

Tablo 2.1	Süreç Yönetiminde Roller ve Sorumluluklar
Tablo 2.2	Akış Diyagramı Sembol ve Tanımları
Tablo 4.1	Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği SIPOC Haritası
Tablo 4.2	Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniği Proses Akış Şeması
Tablo 4.3	Acil Polikliniği (Kadın Hastalıkları) SIPOC Haritası
Tablo 4.4	Acil Polikliniği (Kadın Hastalıkları) Proses Akış Şeması
Tablo 4.5	Yataklı Tedavi Hizmetleri SIPOC Haritası
Tablo 4.6	Yataklı Tedavi Hizmetleri (Lohusa) Proses Akış Şeması
Tablo 4.7	Ameliyathane SIPOC Haritası
Tablo 4.8	Ameliyathane Proses Akış Şeması
Tablo 4.9	Laboratuvar (Mikrobiyoloji) SIPOC Haritası
Tablo 4.10	Laboratuvar Proses Akış Şeması (Mikrobiyoloji)
Tablo 4.11	Doğumhane SIPOC Haritası
Tablo 4.12	Doğumhane Akış Şeması
Tablo 4.13	Yeni Doğan SIPOC Haritası
Tablo 4.14	Yenidoğan Ünitesi Proses Akış Şeması
Tablo 4.15	Kurumsal Performans Katsayısı Hesaplamaları (SIPOC Uygulama Öncesi Durum)
Tablo 4.16	Kurumsal Performans Katsayısı Hesaplamaları (SIPOC Uygulama Sonrası Durum)

Kısaltmalar

EOQC	Avrupa Kalite Kontrol Örgütü
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
CRM	Müşteri İlişkileri Yönetimi
SIPOC	Tedarikçiler, girdiler, süreç, çıktılar ve müşteriler

Şekiller Dizini

- Şekil 2.1: Süreçlerin Sürekli İyileştirilmesi
- Şekil 2.2 SIPOC Süreci
- Şekil 2.3. SIPOC Örneği
- Şekil 2.4: Çapraz Fonksiyonel Akış Diyagramı Örneği
- Şekil 2.5: Fonksiyonel İş Akış Diyagramı Örneği

ÖZET

Günümüzde sağlık sektöründen daha kaliteli hizmet bekleyen, bilinçli bir insan kitlesi mevcuttur. Özel hastanelerin giderek yaygınlaşması ve hastane sayısındaki artış, sağlık hizmetlerinde kalitenin gün geçtikçe ön plana çıkmasına yol açarak sağlık sektöründe rekabet ortamının oluşmasına ve hastanelerin kaliteli hizmeti kullanarak tüketicilerin seçimlerini etkileme yoluna gitmelerine sebep olmuştur. Sağlık sektöründe, tüketicilerin hastane seçimi konusundaki kararlarını önemli ölçüde daha kaliteli hizmet beklentilerini etkilemektedir. Kalitenin yakalanması ve iyileştirilmesi, ancak mevcut kalite seviyesinden haberdar olmakla mümkündür.

Sağlık ve Sağlık Hizmeti Sunumu insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Bu bakımdan, sağlık kurumlarının verdikleri hizmetlerin kalitesinin ölçülebilmesi; elde edilen veriler doğrultusunda hizmet kalitesini artırması yönünde önemli bilgiler sağlayarak sağlık işletmelerinin gelecekle ilgili planlar hazırlanmasına, politika ve stratejilerini belirlemesine önemli katkısı olacaktır.

Bu çalışmanın amacı henüz kalite yönetim belgesine sahip olmayan dal hastanesi olan Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin tüm faaliyetleri incelenerek süreç haritalarını oluşturarak faaliyetlerde bulunan tekrarları engellemek, çalışan verimliliğini sağlamak, aynı zamanda hasta/hasta yakınının beklentileri ve ihtiyaçları dikkate alınarak yasal mevzuata göre kalite yönetim basamaklarında sürekli iyileştirme gerçekleştirmektir.

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin tüm faaliyetleri yapılan çalışmada incelenerek, “Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesinin Hizmet Kalitesi Standartları” na göre değerlendirilmesi ve puanlandırılması yapıldıktan sonra; SIPOC (Tedarikçiler, Girdiler, Süreç, Çıktı, Müşteriler) Süreç Haritalama Tekniği kullanılarak faaliyetlere ilişkin süreçler belirlenmiştir. Tüm süreçler uygulamalı olarak gözden geçirilerek iyileştirilecek alanlar tespit edilmiştir. Bu problemlerin çözümüne yönelik olarak müşteri beklenti ve ihtiyaçlarına göre yasal mevzuat göz önünde bulundurularak süreçlerin yeniden yapılandırılması sağlanmıştır. Tüm iyileştirme çalışmalarından sonra “Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Yönergesinin Hizmet Kalite Standartları”na göre yeniden değerlendirilmiş Hizmet Kalite Katsayısındaki hedeflenen artış sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hizmet Kalitesi, Süreç, Sürekli İyileştirme, SIPOC

Continuous Improvement of Quality Management System Applications by Using SIPOC Mapping Technique at Aydın Z. Hanım Obstetrics and Children's Hospital

SUMMARY

Today there is a group of conscious people who expect high quality health service. The increasing number of the private hospitals by making the quality in healthcare to become a matter of primary importance caused a competing environment and influenced the consumers' decisions about their choices. In health sector the decisions of the consumers are mostly affected by their expectations of high quality service. Reaching quality and improvement is only possible by knowing the existing quality level.

Health and health-care services have an important part in human life, and creating and maintaining the quality of life. In this respect, measuring the quality of health-care services enables the health-care institutions to make plans and strategies for the future by providing information about their serving quality.

The aim of this research is to examine all the activities of Aydın Zübeyde Hanım Obstetrics and Children's Hospital which is a branch hospital and does not have a quality management certificate, to stop the recurrences by forming the process maps, to increase the employee productivity and to carry out continuous improvement according to the consumer expectations by the laws.

In this research, first all the activities of Aydın Zübeyde Hanım Obstetrics and Children's Hospital were examined, evaluated and graded according to the Serving Quality Standards of the Ministry of Health, and then processes were found out by SIPOC (Suppliers, Inputs, Process, Output, Customers) Process Mapping Technique. All the processes were checked and the areas which needed to be improved were determined. The processes were reconstructed to solve these problems by taking the consumer expectations and laws into consideration. After all the improvements, re-evaluations were made according to the Serving Quality Standards of the Ministry of Health and the aimed increase was provided.

Key Words: Serving Quality, Process, Continuous Improvement, SIPOC

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. UYGULAMANIN AMACI

Son yıllarda küreselleşme ile birlikte ağırlaşan rekabet koşullarına ayak uydurabilmek için müşterileri ve en iyi mal veya hizmeti, uygun fiyattan ve uygun zamanda sunan işletmeler, rekabette avantaj sağlamaktadırlar. Bunun için işletmelerin kaliteye önem vermeleri kaliteyi sürekli hale getirmeleri, kaliteyi iyileştirmek için uygun tekniklerden yararlanmaları gerekmektedir. Diğer işletmelerde olduğu gibi, hastaneler için de profesyonel yönetim ve örgüt yapısı oluşturma zorunluluk haline gelmiştir.

Sağlık sektöründe 1990'lı yıllarda başlayan Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulamalarında, "hasta tatmini", sağlık hizmeti sunumundaki kalitenin önemli bir boyutu olarak ele alınmış ve hastaların sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirimlerinin ölçümü önem kazanmıştır. Hastaların, hizmet kalitesine ilişkin algı ve değerlendirmelerinin salt kendi tercihlerine değil, çevrelerindeki kişilerin tercihlerinde de rol oynadığı, hastane seçiminde, arkadaş ve yakınlarının tavsiyelerinin giderek daha etkili olmaya başladığı araştırmalarda saptanmıştır.

Kalite, esas itibariyle tüketici tatmininin temel belirleyicisidir. Kalitenin ölçümü tüketicinin beklentileri ile algılamalarının karşılaştırılmasından oluşur. Bununla birlikte, kalitenin ölçümü oldukça zordur. Kalitesi ölçülecek olan hizmet olduğunda güçlük daha da artmaktadır

Gerek sağlık kurumlarında gerek diğer kurumlarda olsun iş akışları gereksiz faaliyetlerle doludur. Bu da hem işlerin tamamlanma süresin uzamasına, hem ekonomik kayıplara, hem de iç ve dış müşterilerde memnuniyetsizliğe neden olmaktadır. Ülkemizde işletmelerde böyle sorunların yaşanmasının birinci sebebi süreçlerin iyileştirilmesine ve süreç konusuna gereken önemin verilmemesidir.

Bugün hastane işletmelerinin bir kısmı kalite yönetim belgelerine sahiptir, fakat bu belgelerin alınması bazen yeterli olmamakta, faaliyetlerin sürekli iyileştirilmesi, tekrar tekrar

gözden geçirilmesi dolayısıyla mükemmele gitmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın sonucunda sürekli iyileştirme sağlanırsa;

- İş süreçlerine ölçülebilir hedefler kazandırılabilir.
- Süreçleri hızlandırıp, üretkenlik artırılabilir.
- İş akışlarına uygulanabilir kurallar getirilebilir.
- Süreç maliyetleri azaltılabilir.
- Ekip verimliliği yükseltilebilir.
- Süreç akışındaki darboğazlar, aksamalar kontrol altına alınabilir.

Son yıllarda ülkemizde özel hastanelerin sayısı giderek artmaktadır. Bu gelişmenin sonucunda sektörde yoğun bir rekabet yaşanmaya başlanmıştır. Kamu hastaneleri, kalite belgeleri alarak kaliteli sağlık hizmetleri verdiklerini ispat etmeye çalışırken, özel hastanelerin de bu konuya yoğunlaştıkları görülmektedir.

Hastanelerimizde basit bir muayene sürecinden geçmek için bile birçok süreç tekrarlanmaktadır. Muayene ve her tetkikin ayrı ayrı yaptırılması için kuyruklarda saatlerce beklenmektedir. Bazı hastanelerimizde doktor sayısı yetersiz olup, her branştan doktor bulunmamaktadır. Bu nedenle kaynakların özellikle insan kaynaklarının iyi yönetilebilmesi, yanlış uygulamaların giderilmesi, uygun yönetsel kararların alınabilmesi için iş analizlerinin, iş etütlerinin yapılması, süreçlerin incelenerek süreç iyileştirme çalışmalarına gidilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada genellikle üretim işletmelerinde kullanılan “SIPOC Süreç Haritalandırma Tekniği” sağlık işletmesinde ilk defa kullanılmıştır. Gerçekleştirilen çalışma özgün bir çalışma olup Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde uygulaması yapılmıştır. Uygulamaya başlamadan önce Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Kriterleriyle ölçümü yapılmış; Süreçler tanımlanıp SIPOC süreç haritalama tekniği ile haritaları çıkarıldıktan sonra süreçlerde iyileştirmeye gidilmiştir. Uygulama sonunda tekrar Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları kriterleriyle ölçüm

yapılmış, tespit edilen sonuçlar, iyileştirmelerle gelen verimlilik artışı, hastanenin ve personelinin kazanımları çalışmanın sonunda verilmiştir.

Bu çalışmanın amacı henüz kalite yönetim belgesine sahip olmayan dal hastanesi olan Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin tüm faaliyetleri inceleyerek SIPOS süreç haritalarını oluşturmak; daha sonra faaliyetlerde tekrarları engelleyerek, çalışan verimliliğini sağlamak, aynı zamanda müşteri beklentileri ve ihtiyaçları dikkate alınarak yasal mevzuata göre kalite yönetim basamaklarında sürekli iyileştirme gerçekleştirmektir.

1.2. UYGULAMA SORULARI

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin tüm faaliyetleri incelenerek, “Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesinin Hizmet Kalitesi Standartları” na göre değerlendirilmesi yapılarak puanlandırılıp; SIPOC Süreç Haritalama Tekniği kullanılarak faaliyetlere ilişkin süreçler belirlendikten sonra aşağıdaki sorunlara odaklanılmıştır.

- Eksiklikler
- Problemler
- İsrarlar
- Zaman Kayıpları
- Tekrarlar
- Darboğazlar

Bu problemlerin çözümüne yönelik olarak müşteri beklenti ve ihtiyaçlarına göre yasal mevzuat göz önünde bulundurularak süreçlerin yeniden yapılandırılması sağlanmıştır. Bu aşamalarda sürekli iyileştirme için aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

- Süreç içinde hangi aktiviteler sonuca daha çok katkı katıyor?
- Gereksiz israfa ve zaman kaybına neden olan adımlar var mı?
- Tekrarlar ve örtüşmeler var mı?

- Girdilerinde bir eksiklik ve yetersizlik var mı?
- Tekrar edilen aktivite ve işlemler var mı?
- Kontrol adımları ve onaylamalar azaltılabilir mi?
- Çıktı hedeflere uygun mu?

GENEL BİLGİLER

2.1. HİZMET İŞLETMELERİNDE KALİTE

Son yıllarda hizmet, hizmet kalitesi ve hizmet kalitesinin ölçülmesi konularında yapılan çalışmalar, bu konuya verilen önemin bir göstergesidir. Hizmetler arasındaki farklılıklar, doğal olarak her hizmetin ayrı ayrı ele alınmasını gerektirmektedir. Her alanda hizmete olan talep gibi, sağlık hizmetleri alanında da geçmişten günümüze kadar gelen ve giderek artan bir talep söz konusudur. Ancak bu beklentiler zaman içinde değişmiş, kaliteli hizmet talebi ön plana çıkmıştır.

Günümüzde sağlık sektöründen daha kaliteli hizmet bekleyen, bilinçli bir insan kitlesi mevcuttur. Yapılan çalışmalar, sağlık hizmetlerine verilen önemin artışına paralel olarak, bu sektördeki işletmelerin başarısının daha kaliteli hizmetle mümkün olabileceğini ortaya koymaktadır, özel hastanelerin giderek yaygınlaşması ve hastane sayısındaki artış, sağlık hizmetlerinde kalitenin gün geçtikçe ön plana çıkmasına yol açmış, bu sektörde rekabet ortamının oluşması, hastanelerin kaliteye dayanarak tüketicilerin seçimlerini etkileme yoluna gitmelerine sebep olmuştur. Sağlık sektöründe, tüketicilerin hastane seçimi konusundaki kararlarını önemli ölçüde daha kaliteli hizmet beklentilerini etkilemektedir. Kalitenin yakalanması ve iyileştirilmesi, ancak mevcut kalite seviyesinden haberdar olmakla mümkündür.

Hizmet sektöründe belirli bir kalite düzeyi yakalamaktan çok bunu devam ettirebilmek oldukça zordur. Bu sektörde, kalite düzeyi ürünlerde olduğu kadar somut şekilde ölçülemez. Hizmet kalitesi, hizmeti satın alan müşteri tarafından değerlendirilmeye çalışıldığında, çeşitli fiziksel özelliklerin incelenmesi yerine ürünlerden farklı olarak, hizmetin sunulduğu ortam, kullanılan araç-gereç ve personel davranışları gibi anında izlenen özellikler dikkate alınacaktır.

Günümüzde insanların kaliteli sağlık hizmeti taleplerinin karşılanabilmesi için maliyet/fayda/etkinlik üçlüsünü dikkate alan modern sağlık işletmelerine ihtiyaç vardır. Bu alanda artan ihtiyaç ve talebe uygun kaliteli hizmet sunacak işletmelerin yüksek sağlık

teknolojisi kullanması, yetişmiş sağlık personeli istihdam etmesi ve denetimi sağlayacak yöneticiler tarafından yönetilmesi gerekir.

2.1.2. HİZMET İŞLETMELERİNDE KALİTE YÖNETİMİ

2.1.2.1 Kalitenin Tanımı

Kalitenin ne anlama geldiği hakkında çeşitli tanımlar ortaya atılmıştır. Bazı uzmanlara göre kalite (1), kalite, geliştirilebilecek her şey demektir. Kalite uzmanı JURAN'a göre kısaca "kullanıma uygunluk" olarak tanımlanan kalite kavramı, "üretilen mal veya hizmetlerin tüketicilerin beklentilerine uygunluğu veya karşılama derecesi" olarak tanımlanmaktadır (2).

Kalite olgusunu işletme yahut örgütlerin performans (etkililik) ölçütü olarak gören Gross (1968), ise kaliteye ilişkin değerlendirmelerin "ne kadar/ne derece iyi" sorusuna cevap oluşturduğunu belirtmektedir. Gross'a göre, bu anlamda kalite, "bir mamulün spesifikasyonlara uygunluk derecesi" olarak tanımlanmaktadır. Diğer yandan, kalite olgusunu tüketici yönünden, ancak değişik görüş açısı ile inceleyen "algılanan kalite" kavramına göre nesnel, objektif kalite yoktur; tüm kalite değerlendirmeleri öznedir. Zeithaml (1988) algılanan kaliteyi, "tüketicinin bir mal yâda hizmetin, bütün olarak, mükemmelliği veya üstünlüğü hakkındaki değerlendirmesi" olarak tanımlanmaktadır (3).

Avrupa Kalite Kontrol Örgütü (EOQC) ile Amerikan Kalite Kontrol Derneğince benimsenen kalite tanımı şu şekildedir (4):

"Kalite, bir ürün ya da hizmetin, belirlenmiş bazı ihtiyaçları karşılamadaki yeterliliğine ilişkin özelliklerinin tümüdür."

Tüm bu tanımlamalara ve kavramdaki gelişmelere rağmen kalite ile ilgili bazı hatalı görüşler veya önyargılar vardır (5). Bunlardan bazıları ve neden yanlış olduğu aşağıda açıklanmıştır:

- Kalite, lüks, gösteriş ve ağırlık anlamındadır. Bu görüş "tasarım kalitesi" ile ilgilidir. Ürün veya hizmet kendi spesifikasyonlarına uygunsa kalitelidir.

- Kalite, “elle tutulmaz” ve bu nedenle de ölçülemez. Hizmet standartlarının her birine ait sayısal bilgiler veren kriterler sayesinde çok kolay ölçülebilir.
- Kalitesizliğe sadece işçiler neden olur. Üretimin, tasarım, planlama, satın alma, üretim, denetim, yönetim vb. basamaklarının her birinde çalışanların son ürünün kalitesi üzerinde ayrı ayrı ve birlikte sorumlulukları vardır.
- Kalite, kalite kontrol bölümünün sorumluluğundadır. Kalite kontrol bölümü kendisine ulaşmadan önce ürün üzerinde çalışanların yukarıda belirtilen sorumluluklarından kaynaklanabilen sorumlu tutulamaz.
- Kalite, maliyet artırıcıdır ve bu nedenle de verimliliği düşürür. Kalitesizlik ve verimsizlik arasındaki ilişki beklenenin tersi yöndedir

2.1.2.2 Hizmet Kalite Kavramı

Hizmet emek yoğun olduğundan hizmeti verenden bir diğerine değişiklik göstermektedir. Hizmetin kalite ve içeriğinde, kişilere zamana ve ortama göre büyük dalgalanmalar ve değişiklikler görülmesi olanaklıdır. Hizmetleri standartlaştırmak olanaksızdır. Hizmet Kalitesi; müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesidir. Hizmet işletmelerinde kaliteyi belirleyen müşterilerdir. Bu nedenle hizmet işletmelerinde kalitenin müşteriler tarafından nasıl algılandığı büyük önem taşımaktadır.

Tüketiciler için hizmet kalitesinin değerlendirilmesi mamul kalitesini değerlendirmekten daha zordur. Hizmet kalitesi algılamaları, tüketici beklentilerinin gerçekleşen hizmet performansı ile beklentilerinin karşılaştırılmasının sonucudur. Kaliteye ilişkin değerlendirmeler sadece hizmet çıktısına bakılarak yapılmamaktadır. Aynı zamanda hizmet sunumu sürecinin değerlendirilmesini de içermektedir. Yani tüketiciler hizmetin sonucunu değil, hizmetin veriliş şeklini de değerlendirmektedirler. Yararlanılan hizmet bir bütündür (6).

“Üstün müşteri hizmeti ve kalite düzeyi”, müşteri beklentilerinin (İşletme dışı hizmet standartları ve hizmetin maliyeti) ve hizmet sunu sistemine ait performans standartlarının (İşletme içi hizmet standartları, işletme maliyetleri ve gelirleri) sürekli olarak karşılanmasını

ifade etmektedir. Üstün hizmet verilebilmesi ve istenilen kalite düzeylerine ulaşılabilmesi ise belirlenen işletme içi ve işletme dışı performans standartlarına göre yönetim tarafından açıkça tanımlanmış hizmet paketinin müşterilere sürekli olarak sunulması ile mümkündür. Hizmetlerin soyut olması hizmet kalitesinin de soyut olmasını beraberinde getirmektedir. Bu yüzden Hizmet Kalitesi ile ilgili literatürde “Hizmet Kalitesi” kavramı yerine çoğunlukla “Algılanan Hizmet Kalitesi” kullanılmaktadır.

Teknolojik gelişmeler hizmet sektörünün hızlı bir şekilde büyümesinde önemli rol oynamıştır. Günümüzde bilişim teknolojileri bankalar, sigorta kuruluşları, yayınevleri, muhasebe ve hukuk büroları, perakende satış yapan firmalar ve turizm kuruluşları tarafından yaygın biçimde kullanılmaktadırlar. Kalite, müşteri isteklerinin tatmini, operasyon performansının iyileştirilmesi, maliyetlerin düşürülmesi vb. amaçlar için kullanılan stratejik bir yönetim aracıdır. Hizmet kalitesi, müşteri beklentileriyle fiili servis performansının karşılaştırılması sonucu oluşur. Bu performans rekabet tarafından oluşturulan standartlara göre ölçülerek, fiyatla dengelenir.

Hizmet kalitesi konusunda literatürde birçok tanım bulunmakla birlikte genel olarak algılanan hizmet kalitesi kavramının, hizmet kalitesi gerçeğini daha yakın olduğu görülmektedir. Tanımlar incelendiğinde, hizmet kalitesi konusunun daha iyi anlaşılabilmesi için bazı sonuçlara ulaşmak mümkündür. Bu sonuçlar şöyle ifade edilebilir (7).

1. Hizmet kalitesi, müşteri ihtiyaçların işletmelerce tam olarak belirlenerek karşılanması esasına dayalıdır.
2. Hizmet kalitesi, hizmetlerin diğer hizmetlere göre üstünlüğü ile belirlenir.
3. Hizmet kalitesi, hizmetlerin hatasız olarak yapılmasının bir sonucudur. Bu nedenle üretiminin ilk seferde doğru olarak yapılması hizmetlerde daha büyük bir öneme sahiptir.
4. Hizmet kalitesinin yüksek oluşu ile hem müşteri, hem çalışanlar, hem de işyeri sahibi kazançlı çıkar.
5. Hizmet kalitesinin ölçümünde müşterinin hizmete ait beklentileri ve gerçek hizmet deneyimi karşılaştırılır. Beklentiler algılamalardan büyük ise düşük kalite, algılamalar beklentilerden yüksekse ideal kaliteden söz edilebilir.

Hizmet kalitesinin ölçümünden önce hizmetin temel karakteristiklerine değinmek gerekmektedir. Literatüre göre hizmet dört temel karakteristiğe sahiptir. Bu karakteristikler elle tutulamaz olması, heterojen olması, üretim ve tüketimin aynı anda olması ve stoklanamaz olmasıdır. Bu nedenlerden dolayı Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından hizmet sektöründe kalitenin ölçümü ile ilgili olarak şu öneriler yapılmıştır (8).

1. Hizmet sektöründe kalitenin ölçümünün imalat sektörüne göre daha zor olduğudur.
2. Hizmet kalitesinin algılanması müşterinin beklentileri ile gerçek hizmet performansı arasındaki farka dayanmaktadır
3. Kalitenin değerlendirilmesi sadece hizmet çıktısına göre yapılmamaktadır. Değerlendirme hizmetin teslim sürecinin tamamını kapsamaktadır.

2.1.2.3 Hizmet Kalitesinin Boyutları

Bir hizmetin kaliteli olup olmadığını ortaya koymak için o hizmetin kaliteli olduğunu gösteren belirleyici özelliklere ihtiyaç vardır. Hizmetlerde kaliteyi oluşturan belirleyici özellikler her zaman net olarak ortaya konulamayabilir. Bu durum hizmetlerin kaliteli olup olmadığını değerlendirmeyi zorlaştırır. Bu zorluk, her işletmenin yaptığı faaliyetlerin kaliteli olduğunu gösteren hususların neler olduğunun belirlenmesi ile aşılabılır. Bu ise müşteri beklentileri ve toplumda oluşmuş olan müşterek iyilerle, hizmetin ifasında gerekli olan insan ile makine ve araçların çalışma sınırlarının belirlenmesi ile mümkündür.

Müşteri beklentilerin tespit etmek veya toplum genelinde müşterek olarak algılanan iyilerin tespit edilmesi de bazı durumlarda yeterli olmayabilir. Çünkü hizmeti sunan insanlardır. Bu insanlar kendi yetenekleri ve kullandıkları teknolojinin çalışma kısıtlılığı ile hizmet vermemektedirler. Bir bankada bütün müşteriler işlemlerinin hızlı yapılmasını beklerler. Fakat, müşteri açısından hızlılığın bir sınırı yoktur. Çalışanlar ise hem kendi gayretleri hem de ellerindeki bütün imkânlarla işleri en hızlı şekilde yapmaya çalışırlar. Birçok durumda bu bile müşteri beklentilerinin altında kalabilir. Bu durumda ise müşterilerin bilinçlendirilmesi ve bir hizmeti kaliteli olarak almak istiyorsa, o hizmetin sunulmasında gerekli olan zamana ve işin gereklerine razı olması yönünde bilgilendirilmesi gereklidir (7). Kaliteli hizmet sunmak için hizmet kalitesini etkileyen unsurları, yani müşterilerin hizmet kalitesi kriterlerini incelemek gerekir.

Zeithaml'na göre, hizmet kalitesi üzerine yaptığı çalışmalarda hizmet kalitesini etkileyen hususları hizmet kalitesinin boyutları olarak ele almışlardır. Hizmet kalitesi konusunda çok kabul görmüş olan bu çalışmaları sonucunda hizmet kalitesin belirleyen 10 boyut önermişlerdir. Hizmet kalitesini ölçmek için bu boyutlar kullanılabilir (7).

Hizmet kalitesi boyutları aşağıda sıralanmıştır.

- a. Somut görünenler (Tangibles): Ortam, malzeme, teçhizat, ekipman, organizasyon ve personelin görünümü
- b. Güvenirlik (Reliability) : Tutamayacağı söz vermemek, verdiği sözü tam yerine getirmek, verdiği sözü zamanında yapmak,
- c. İlgi ve Yardım (Responsiveness): Daima yardıma hazır olmak, hızlı hizmet sunmak, ilgili, istekli ve gayretli olmak,
- d. Yetkinlik (Competence) : Yetkinlik, bilgi, tecrübe
- e. Nezaket (Courtesy) : Nezaket, saygı, ciddiyet
- f. Dürüstlük (Credibility) : Dürüstlük, iyi imaj, güven
- g. Güvenlik (security) : Risk oluşturmamak, şüphe bırakmamak, tehlike oluşturmamak,
- h. Ulaşılabilirlik (Access) : Müşterinin istediği yer ve saatte hizmet, 24 saat yardım, kesintisiz hizmet, hizmeti sağlayacak yeterli kaynak,
- i. İletişim (Communication) : Müşteriyle iletişime açık olmak, müşterinin dilinden konuşmak, müşteriye bilgilendirmek,
- j. Müşteriyi anlamak (Understanding the customer) : Müşteriyi tanımak, müşterinin istek, ihtiyaç ve problemlerini anlamak, müşterinin hedeflerine ulaşmasına yardımcı olmak.

Hizmet kalitesinin ölçülmesinde en çok başvurulan Parasuraman tarafından geliştirilen servqual modelidir. Hizmet sunumu ve karşılanmasında müşteri beklentilerini kıyaslamada hizmet kalite ölçümü en çok kullanılan metottur. Servqual de genel olarak kullanılan 5 faktör veya boyut aşağıda sıralanmıştır (9).

Servqual Hizmet Kalitesi Boyutları;

- a. Somut görünenler(Tangibles): Fiziksel olanaklar, ekipmanlar ve personel görünümü
- b. Güvenirlik(Reliability): Hizmetler için verdiği sözü zamanında ve doğru olarak yerine getirebilmek.
- c. İlgı ve Yardım(Responsiveness): Müşterilere yardımda istekli olmak ve tam olarak hizmeti yerine getirmek.
- d. Güvence (Assurance): Çalışanların kibar olmaları ve bilgili olmaları, müşterileri kendilerini güvende olmalarını hissettirebilme ve güven verme becerileri
- e. Yakınlık (Empathy):Şirketin kendisini müşterinin yerine koyması müşterilere kişisel ilgi gösterilmesi.

2.1.2.4 Hizmet Kalitesini Oluşturan Kalite Bileşenleri

Hizmet kalitesini oluşturan kalite bileşenleri bilim adamları tarafından farklı ele alınmış ve farklı bakış açıları oluşmuştur (7). Grönross, hizmet kalitesinin iki yönü olduğunu ileri sürmektedir. Bu bileşenler; “teknik kalite” ve “fonksiyonel kalite”dir (10).

- **Teknik Kalite:** Hizmeti sunan ile hizmeti alan arasındaki etkileşim sonucunda müşterinin ne aldığıdır. Kalitenin bu yönü müşteri tarafından objektif olarak algılanmaktadır.
- **Fonksiyonel Kalite:** Müşterinin hizmeti nasıl algıladığıdır. Bu algılama müşterinin hizmeti almasının sonucunda elde ettiği tecrübe ile belirginleşir. Müşteriler tarafından objektif olarak algılanamaz. Müşterinin ne aldığı, yani hizmetin çıktığı yönü teknik kaliteyi, nasıl aldığı yani hizmetin işlem yönü fonksiyonel kaliteyi oluşturur.

Lehtinen ise kaliteyi 3 yönlü olarak ele almaktadır. Bunlar, “fiziksel kalite”, “işletme kalitesi” ve “etkileşim kalitesi” dir.

- **Fiziksel Kalite:** Teçhizat, tesisler, malzeme, araçlar gibi hizmetin fiziksel yönünü içerir.
- **İşletme Kalitesi:** İşletmenin müşteri tarafından nasıl görüldüğünü ifade eder ve müşterinin zihnindeki imajla oluşur
- **Etkileşim Kalitesi:** Müşteri ile onunla temasta olan çalışanlar arasındaki ilişkinin kalitesidir.

Richard Normann ise kalite bileşenlerini; “ürünün kalitesi”, “işlemin kalitesi”, “üretim ve dağıtım sisteminin kalitesi” ve “bütün organizasyonu kapsayan genel felsefe olarak kalite” şeklinde sınıflandırmıştır (7). Gummesson ise 4Q modelinde 4 tip kaliteden bahsetmektedir. Bunlar; “dizayn kalitesi”, “üretim kalitesi”, “dağıtım kalitesi” ve “ilişkilerin kalitesi” dir. Tüm bu hizmet bileşenlerini bir araya getirip toplam hizmet kalitesi olarak düşündüğümüzde, toplam hizmet kalitesini oluşturan kalite bileşenlerine ulaşmamız mümkün olacaktır.

2.1.2.5. Hizmet Kalitesinin Özellikleri

Hizmet işletmelerinde kalite; kavranması, uygulanması ve denetimi açısından belirsiz ve karmaşık bir alandır. Hizmet kalitesinin birçok özelliği vardır bunlar (11):

- Hizmetler bir performans olduğu için, aynı kaliteyi sağlayan kesin üretim spesifikasyonlarının işletmeler tarafından oluşturulması zordur.
- Hizmet kalitesi önceden bir imalat ortamında oluşturulup daha sonra eksiksiz olarak müşteriye sunulamaz. Üretimi, sunumu ve tüketimi eş zamanlıdır.
- Birçok hizmet, kaliteli bir hizmet sunumunu garantilemek için, satıştan önce ölçülemez, stoklanamaz, test edilemez ve doğrulanamaz.
- Birçok hizmette kalite hizmetin ulaştırılması esnasında, genellikle de müşteri ve personelin etkileşimleri sırasında oluşur. Bu nedenle hizmet kalitesi büyük oranda personelin performansına bağlıdır.
- Performans ise personele göre, müşteriye göre ve günden güne değişiklik gösterebilir. Bu nedenle hizmet kalitesinde belli bir standardı yakalamak oldukça zordur.
- Hizmetler için kalite standartları oluşturmak mallardan daha zordur.

- Hizmetlerin, bir müşteriye ayrılan zaman veya müşterinin bekleme zamanı gibi bazı yönleri için kalite standartları oluşturulabilir. Ancak insanların davranışlarına, örneğin güler yüz, ilgi, cana yakınlık gibi özelliklerine standartlar getirmek zordur.

Hizmetin özellikleri nedeniyle hizmeti kullanan müşteriler için bir hizmetin nasıl yerine getirildiğine karar verilmesi ve kalitesinin ölçülmesi ya da sonuç ve hizmet süreci için bir ölçüt kullanılması zor olmaktadır.

2.1.2.6. Kaliteli Hizmet Sunumunda Önemli Alanlar

Horovitz ve Cudennec-Poon tutarlı bir şekilde iyi hizmet kalitesi sunabilmek için işletmelerin dikkat etmeleri gereken alanları şu şekilde sıralamışlardır (11):

- Müşteriye verilen hizmette tutarlılık sağlanması bakımından hizmet kalitesine ilişkin bir tanım geliştirilmesi ve işletmede çalışan herkese bu tanımın benimsetilmesi
- Tüm faaliyet ve çabaların ortak noktasının müşteriler olduğunun tüm işletmece kabul edilmesi
- Standartlara uygun insan kaynaklarının istihdam edilmesi ve eğitilmesi
- Müşteriyle direkt temas halinde olan işletme çalışanlarının, özellikle halkla ilişkiler konusunda eğitimi; bu gruba işletme içinden her türlü yardım ve desteğin sağlanması
- Özellikle müşteriyle direkt temas halinde olan çalışanların, müşteri sorunlarına çözüm getirebilmesi konusunda yetkilendirilmesi
- Hizmetin kalitesine ilişkin olarak müşterilere iletilen mesajların hizmet kalitesi düzeyiyle tutarlılığının sağlanması
- Hizmet kalitesi öneminin üst yönetim tarafından da kabul edilmesi, bunun politika ve davranışlara da yansıtılması
- Ödüllendirme sisteminin titizlikle hazırlanması

Hizmetlere geniş bir açıdan bakıldığı zaman kaliteyi etkileyebilecek birçok hususun olduğu görülmektedir. Kaliteyi etkileyen bu etmenler işletmelerce çok iyi analiz edilmeli ve

bunlara uygun olarak politika ve stratejiler geliştirilmelidir. Bu konuda da öncelikle işletmenin tepe yöneticilerine büyük görev düşmektedir. Üst yönetimin kaliteyi önemsemesi ve benimsemesiyle kalite tüm işletmeye yayılacaktır. Böylece rekabetin yoğun bir şekilde yaşandığı günümüzde, kalite, her geçen gün büyüyen hizmet sektörü içerisinde rakiplere karşı ayakta kalmanın bir anahtarı olacaktır. Sağlık hizmetlerinde kalite ise, mevcut bilimsel bilgi düzeyi temel alınarak, tasarlanan hizmet sunum sürecinin, müşterinin talep nedeni olan hastalığı ve/veya sağlığı ile ilgili istenmeyen sonuçların azalmasına ne ölçüde katkı sağladığıdır. Sağlık hizmetlerinde kaliteye olan ihtiyaç ve kaliteli sağlık hizmetin nasıl verileceği bir sonraki bölümde açıklanacaktır.

2.1.3. SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1.3.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı, Amacı ve Kapsamı

İnsanların yaşamlarında en önem verdikleri değerlerin başında duygusal ve bedensel sağlık gelmektedir. Tıbbi teknolojinin hızla gelişmesi, tanı ve tedavi aşamalarındaki gelişmeler, ölümlerin azalması, genel olarak bilgi ve kültür düzeylerinin artması, insanların kendi sağlıkları ile daha fazla ilgilenme eğilimleri sağlık hizmetlerine bakış açısının değişmesine, beklentilerin yükselmesine ve sağlık hizmetlerinin öneminin artmasına neden olmuştur (15). Bu gelişmeler paralelinde sağlık hizmetlerinin kavramsal boyutu da değişmiş ve önceleri sadece hastalıkların teşhisi ve tedavisini içeren bir hizmet alanı olarak görülen sağlık hizmetleri yeni bakış açısı ile kişilerin sağlıklarını korumayı, geliştirmeyi ve hastalıklarının tedavi ederek en uygun bakımı sunmayı hedefleyen önemli bir hizmet dalı haline gelmiştir.

Günümüzde sunuluş biçimi ile ülkelerin sosyo-ekonomik kalkınma düzeylerini belirleyen en önemli göstergelerden biri haline gelen sağlık hizmetleri literatürlerde farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri en genel anlamda; birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik olarak sağlık personeli tarafından sunulan koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler olarak tanımlanabilir. Sağlık ekonomisi alanında önemli isimlerden biri olan ve sağlık hizmetleri ile ilgili verilerin toplanmasında ve analizinde iktisadi teorileri kullanan Victor R. Fuchs (16), sağlık hizmetlerini; insanların fiziki ve mental

durumlarının korunması, onarılması ve iyileştirilmesi amacıyla gerçekleştirilen faaliyetler olarak tanımlamıştır.

12.01.1961 tarihli 10705 sayılı Resmi Gazete’de 224 kanun numarası ile yayımlanmış Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’da sağlık hizmetleri; “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir” (17) şeklinde belirtilmiştir.

Türkiye İş Kurumu sağlık hizmetini, “Sağlığın korunması ve daha ileriye götürülmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalananlara erken ve doğru tanı konması, bunların tedavi edilmesi ve böylece kişilerin mutlu, uzun bir yaşam sürmelerinin sağlanması ile ilgili işlerle uğraşan, değişik kurum ve hizmet dallarındaki çeşitli meslek üyelerinin sıkı bir işbirliğini gerektiren oldukça karmaşık toplumsal bir hizmettir” şeklinde tanımlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise, sağlık hizmetlerini, “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” şeklinde tanımlamaktadır.

Kısaca sağlık hizmetlerini, çeşitli sağlık kurum kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisiyle insanların mevcut sağlıklarını korunması için değişik tip sağlık personeli tarafından yürütülen çabaların tümü olarak da tanımlayabilir (12).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyini geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri, sağlık kurumların tarafından sunulmaktadır (13).

Sağlık hizmetleri, bireye ve aileye doğrudan ve dolaylı sunulan hizmetlerin tümünü kapsar. Sağlık hizmetlerinin amacı (14);

1. Sağlık talebi oluşmasını sağlamak,
2. Toplumun sağlık standardını yükseltmek,
3. Kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,
4. Hasta olanların en kısa sürede sağlıklarına kavuşmasını sağlamak,
5. Hasta ve sakat olanların iyileştikten sonra uyumlarını-adaptasyonlarını sağlamaktır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, son yirmi yıldır sağlık hizmetlerinin kapsamı da genişlemektedir. Sağlık hizmetleri sektörü yaşanan gelişmelere paralel olarak önemli bir yapısal değişim süreci içerisinde bulunmaktadır. Günümüzde sağlık hizmetlerinde yeni dönüşümler ve yeni paradigmlar geçerli olmaktadır. Örneğin sağlık hizmetlerindeki çağdaş dönüşümler sonucunda tıp artık hastalık yerine sağlık üzerine odaklanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştiren kurumlar sağlık hizmetlerinin üretimi aşamasında dört ana unsura ihtiyaç duyarlar. Bu unsurlar insan kaynakları, maddi unsurlar, arz ve talep mekanizmaları ve yönetim yapılarıdır.

- **İnsan Kaynakları:** Başta doktor olmak üzere, sağlık hizmetleri üretiminde asli unsur olan yeterli nicelik ve nitelikte sağlık insan gücüne ihtiyaç vardır. Sağlık sektörünün dört temel unsurundan “olmazsa olmaz” özellikte olanı sağlık insan gücüdür (18). Sağlık kurumları bünyelerinde çok sayıda ve değişik öğrenim gruplarından insan kaynaklarını barındırırlar. Bu kurumlar sağlık hizmetlerini, toplum tarafından arzulanan düzeyde üretebilmeleri için insan kaynaklarının niteliğine, niceliğine ve örgütlenişine önem vermek zorundadırlar.
- **Maddi unsurlar:** Sağlık alanında çalışan insan kaynaklarının sağlık hizmeti üretmesi için gerekli olan bilgi, altyapı, fiziki alan, enerji, makine, teçhizat, donanım, malzeme ve diğer ihtiyaç maddeleri, personel giderleri, mali kaynak ve benzerleri gibi, her türlü kuruluş, işletme, üretim, pazarlama ve sunum faaliyetleri ile ilgili olarak ihtiyaç unsurlarıdır.

- **Arz ve Talep Mekanizmaları:** Sağlık insan gücünün, maddi unsurlarını kullanarak sağlık ürünlerini üretip arz edeceği ve ihtiyacı olanlarında tüketip talep edeceği mekanizmalardır (19).
- **Yönetim Teknikleri:** Diğer üç üretim unsurunun içerdiği kaynakları en etkili ve en verimli biçimde kullanabilmek, tıp biliminin gereklerine ve sağlık yönetimi bilim alanının kurallarına uygun şekilde, sağlık hizmetlerinin amaç ve hedeflerini gerçekleştirebilmek için uygulanması gereken profesyonel yönetim teknikleridir.

Sağlık hizmetlerinin üretimi sırasında bu dört temel unsurun etkili bir biçimde kullanılması sağlık hizmetlerinin verimliliğini arttırmak açısından önemlidir.

2.1.3.2 Sağlık Hizmetlerinin Önemi

Sağlık, hem ulaşılması istenen bir hedef hem de gelişmenin önemli bir sonucudur. Sağlık, birey ve toplum için taşıdığı önem nedeniyle öncelikli olarak sunulması gereken bir hizmet türüdür. Günümüzde, farklı siyasal ve ekonomik sistemler bu noktadan hareketle ortalama yaşam ömrünü artırmak ve beşeri sermaye stokuna nitelik kazandırmak için sağlık hizmetlerine büyük önem vermektedirler (20).

Sağlık yatırımlarının ekonomik gelişmeyi canlandırarak yoksulluğu azaltmakta kritik bir girdi olduğu söylenebilir. Bir toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişliği arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Sağlık açısından durumu iyi olan bir toplumun, beşeri sermaye kalitesi de iyi olacak ve bu durum verimliliği arttırarak, ekonomik büyümeyi olumlu etkileyecektir (21). Dünya Sağlık Örgütü, sağlık ve ekonomik verimlilik arasında yakın bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, daha iyi bir sağlık, ekonomik büyüme oranlarının yükselmesine katkıda bulunmakta ve sağlık yatırımları da makro ekonomik politikaların bir aracı olabilmektedir. Bunun yanı sıra fakirlerin sağlığı için yapılan yatırımlar kronikleşen fakirliğin azaltılması için bir kaldıraç politikası olacaktır. Araştırmalar, sağlığı iyileştirmenin ekonomik kazançların daha açık kanıtlarını ortaya çıkartmaya başlamıştır. Ortak sonuç, sağlıklı insanın daha verimli olduğu şeklindedir. Dünya Sağlık Örgütü üyesi ülkelerde yürütülen son yıllardaki araştırmalarda, ekonomik büyüklük ile yaşam beklentisi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlığın iş

verimini doğrudan etkilediği yönünde açık kanıtlar da bulunmuş ve yetişkinlerin sağlığının iyileştirilmesinin, hastalıklardan dolayı erken emeklilik oranlarını düşüreceği, ayrıca ekonomik açıdan aktif olanların ölüm oranlarını da düşürerek nüfusu oluşturan bireyler arasında ekonomik bağımlılık oranını iyileştireceğini belirtmiştir. Bunun yanı sıra, psikoloji literatüründeki son araştırmalar da, 20. yüzyılda yüksek gelirli ülkelerin nüfuslarının genel entelektüel kabiliyetlerindeki devamlı, uzun dönemli kazanımlara işaret etmektedir. Bu eğilim de beslenme durumu ve sağlık iyileştirmeleri üzerine dayandırılmaktadır.

Sağlığın korunup geliştirilmesi; ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve fiziki çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplum üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir. Sağlık alanına yapılan harcamalar ile sağlanan istihdam ve ekonomik büyüme arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Sağlıklı bir toplumun çalışma verimleri artar, beklenen yaşam süreleri uzar ve daha üretken olurlar.

Bugün gelişmiş ve belirli bir refah düzeyine ulaşmış olan ülkeler, insan unsuruna yapılan bir yatırım olması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik yönünden iyileştirilmesi için artan oranda kaynak tahsis etmektedirler. İktisadi kalkınmanın da temel unsuru olan insan sağlığının korunup geliştirilebilmesi ve hastalıkların tedavi edilebilmesi için sağlığa yapılan yatırım üretken yatırım olarak kabul edilmektedir (21). Günümüzde sağlık hizmetlerinin nitel ve nicel düzeyi, sosyal refahın bir göstergesi olarak sayılmaktadır.

2.1.3.3 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde sunulması bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltir. Bu açıdan sağlık hizmetleri toplumsal bir özellik taşımaktadır. Bir hizmet sektörü olan sağlık hizmetleri diğer hizmet sektörlerine nazaran farklılıklar gösterir. Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özelliklerini şu şekilde sıralayabiliriz (22):

- 1. Sağlık Kuruluşlarının Karmaşık Bir Yapıya Sahip Olması:** Sağlık hizmeti üreten sistemlerin en büyük alt sistemi hastanelerdir. Hastanelerde çok sayıda değişik meslekten uzman görev yapmaktadır. Örgüt yapısı oldukça karmaşıktır. Matriks bir örgütlenme söz konusudur.

2. **Sağlık Hizmetlerinde Uzmanlaşma Seviyesinin Çok Yüksek Olması:** Hastalık dokusunda ortaya çıkan değişiklikler, tıp biliminde ve teknolojisindeki gelişmeler uzmanlaşma seviyesini arttırmaktadır.
3. **Sağlık Hizmetlerinin Arz ve Talebi Arasında Dengesizlik Olması:** Sağlık hizmetleri standart değildir, tüketiciler satın alacakları hizmetin miktarını, kalitesini tayin edemezler ve teknik özelliklerini bilemezler. Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemezler.
4. **Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynaklarının Profesyonel Kişilerden Oluşması ve Bu Kişilerin Kurumsal Hedeflerden Çok Mesleki Hedeflere Önem Vermesi:** Profesyonel kişiler temel olarak mesleki hedefler üzerinde odaklanmaktadır ve görevlerini etik kuralları çerçevesinde yerine getirmektedirler. Profesyonel kişiler için mesleki amaçlar, kurumsal amaçların önünde gelmektedir.
5. **İkili Otorite Hattının Mevcut Olması:** Uzmanlaşma düzeyinin yüksek olması nedeniyle sağlık hizmetlerinde profesyonellerin önemli derecede özerkliği bulunmaktadır. Profesyonel kişilerin mesleki bilgi ve deneyiminden kaynaklanan otoritelerinin bulunması ikili otorite hattına neden olmaktadır. Bu durum; eş güdümlenme, denetim ve çatışma gibi sorunlara yol açabilmektedir.
6. **Sağlık Hizmetlerinde İşlevsel Bağımlılığın Çok Yüksek Olması:** İşlevsel bağımlılık, bir kişi veya birimin iş yapabilmesi ya da işi sonuçlandırabilmesi için bir başka kişi veya birimin hizmetlerine gereksinim duyması anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri kurumlarında işlevsel bağımlılık oldukça yüksektir. Bu nedenle kurum içerisindeki farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında koordinasyonun en iyi şekilde yerine getirilmesi gerekmektedir.
7. **Bilgi Asimetrisinin Mevcut Olması:** Açık rekabet piyasalarında, tüketiciler neyin tüketebileceklerine karar verirken kendi çıkarlarını maksimize etmeye çalışırlar. Aynı şekilde üreticilerde karlarını maksimize etmeye çalışırlar. Üreticiler ve tüketiciler

ürünün alım satımı sırasında mal veya hizmetin özellikleri, kalitesi ve fiyatı hakkında, birbirlerinin etkisi altında kalmadan faydalarını maksimize edecek bilgi düzeyine sahiptirler. Ancak sağlık hizmetlerinde sahip olunan bilgi bu şekilde değildir. Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran belki de en temel özellik ürünü üreten sunanla ürünü satın alan arasındaki bilgi asimetrisidir. Sağlık hizmetleri tüketicilerinin kendilerine konan tanı ve uygulanan tedavi yönteminin uygunluğu ve kalitesi hakkında çok az bilgisi vardır ve bu nedenle hekime bağımlılık söz konusudur.

- 8. Tüketicinin, Uzmanın Gücü Karşısında Zayıf Konumda Olması:** Birçok mal ve hizmet için tüketicinin, kalite ve hizmetin uygunluğu konusunda bir fikri bulunmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde tüketicinin kendisine uygulanan tedavi yönteminin uygunluğu ve kalitesi konusunda çok az bilgisi vardır. Bu noktada tüketici hekime hemen hemen tam anlamıyla bağımlıdır. Çoğu zaman hasta adına hangi hizmetlerin alınması gerektiğine sağlık personeli karar vermektedir.
- 9. Tüketici Egemenliğinin Olmaması:** Sağlık kurumlarının sunmuş oldukları sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetler yüksek akademik bilgi birikimi gerektirmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde; tüketicilerin diğer bir deyişle hastaların, kendileri de aynı meslekten değilse, sağlık profesyonellerinin bilgi düzeyine sahip olması mümkün değildir. Bu bakımdan teşhis ve tedavi yöntemleri ile ilgili karar aşamasında hastaların öneri getirme ya da karar verme gibi seçenekleri pek fazla yoktur. Tüm bu nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerinde diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi müşteri egemenliği yoktur.
- 10. Sağlık Hizmetlerinin Önceden Deneme Şansının Olmaması:** Hastaların ilaç tedavilerini veya ameliyatları önceden deneme gibi bir lüksü yoktur. Hasta kendisine sunulacak olan tedavinin süreci ve sonucu ile ilgili sağlık profesyonellerine güvenmek durumundadır.
- 11. Yapılan İşlerde Hata ve Belirsizliklere Karşı Duyarlılığın Yüksek Olması ve Tolerans Gösterilememesi:** Sağlık hizmetlerinin alanı insan hayatıdır ve yapılan

hatalar çok basit dahi olsa hastanın hayatına mal olabilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde hatalara karşı oldukça yüksek bir duyarlılık söz konusudur.

Sanayide bir ürün hatalı çıktığında üretim durdurulur, hatayı düzeltecek önlemler alınır, üretilen hatalı mallar da defolu olarak ayrılır. Hizmet sektörünün diğer alanlarında ise müşteri memnuniyeti sağlanamadıysa özür dilenir ve aynı hatayı tekrarlamamak için önlemler alınır. Ancak sağlıkta “pardon” kelimesine yer yoktur. İnsan hayatıyla birebir ilişkili olduğu için “hata” kelimesi sağlık sektöründe telaffuz bile edilemeyecek bir kelimedir (23).

12. Sağlık Hizmetlerinde Gerçekleştirilen Etkinliklerin Büyük Kısımının Acil ve

Ertelenemez Nitelikte Olması: Sağlık kurumlarında 24 saat kesintisiz hizmet üretilir. Sağlık durumu bozulan ya da sağlık durumundan kuşkulanan kişiler her an sağlık hizmeti almak için başvurabilirler. Bu başvuruyu geri çevirmek bilimsel, hukuksal ve etik açıdan mümkün değildir.

13. Sağlık Hizmetlerinin Dışsal Yarar Sağlaması ve Kamu Malı Niteliğinde

Olması: Dışsal ekonomiler, bir ekonomik birimin diğer ekonomik birim veya birimler üzerinde dolaylı olarak ortaya çıkardığı olumlu veya olumsuz etkileri ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri; bireylerin daha sağlıklı bir duruma gelmelerine yardımcı olarak üretimin artmasına ve maliyetlerin düşmesine neden olur. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucunda oluşan fayda, onu tüketen bireye olan direkt yararları ve toplum üyelerine olan marjinal ya da ek katkılarıdır. Negatif dışsallık, belirli bir birey ya da bireyler grubunun aralarında herhangi bir anlaşma ya da ticari ilişki olmaksızın gayri iradi olarak bir baksa birey ya da bireyler grubunun herhangi bir eyleminden dolayı maliyetle karşılaşmalarıdır. Sağlık hizmetlerindeki durumda ise, günümüzde insanın yaptığı hemen hemen her hareket, insan sağlığını etkileyici dışsallıklar yaymaktadır. Bunlara en iyi örnek olarak sigara içilmesi verilebilir. Aktif sigara içenler, sigara içmeyenleri olumsuz yönde etkilemekte ancak sigara içenlere verilen sağlık hizmetlerinin bedeline sigara içmeyenler de katılmaktadır. Herhangi bir hastalık meydana geldiği zaman, kişi, uğradığı işgücü kaybının yanında, çevresindeki kişilere de ek maliyetler yükler. Hasta hastalığını bulaştırabilir ya da hastalığı sebebi ile bakıma muhtaç

hale düşebilir. Böyle bir durumun oluşması halinde hasta ve yakınları için meydana gelen hem psikolojik, hem de maddi kayıplar hastalığın negatif dışsallıklarıdır (21). Pozitif dışsal ekonomiler, ekonomik karar vericilerin eylemlerinin diğer birimlere fayda sağlaması ve bu faydayı elde edenlerin eylemi gerçekleştirene ödemedede bulunmaması durumunda ortaya çıkar. Sağlık hizmetleri sektöründe insanların mal ve hizmet tüketiminden üçüncü kişilerin yararlanması sonucu pozitif dışsallıklar olabilmektedir. Örneğin, bulaşıcı hastalığı olan kişilerin tedavilerinin sağlanması, hastalığın topluma yayılmasını önler. Pozitif dışsallık durumunda devlet müdahale eder ve hizmetleri parasız sağlar (22).

14. Sağlık Hizmetleri Harcamalarının Yatırım Özelliğinin Bulunması: Sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar üretim ve verimliliği üç yönden arttırmaktadır. Öncelikle sağlık hizmetleri harcamaları; ölüm oranını azaltması, ortalama yaşam süresini yükseltmesi gibi etkileriyle ekonomiyi güçlendirir, ayrıca hastalıklar nedeniyle kaybedilen süreyi azalttığı için üretime yönelik harcamaların verimliliğini artırır ve işgücü kalitesini de arttırarak verimliliği yükseltir (24).

15. Hizmet Miktarını ve Sağlık Harcamalarının Önemli Bir Bölümünü Belirleyen Hekimlerin Faaliyetleri Üzerinde Tam Etkili Olan Yönetmelik ve Kurumsal Bir Denetim Mekanizmasının Kurulmaması Olması: Sağlık kurumlarında hizmet miktarını belirleyen en önemli iş gören grubu hekimlerdir. Sağlık hizmetlerinde hasta tedavisi ön planda olduğu için hekimler kararlarında hastanın ve hastanenin ekonomik koşullarından daha çok hekimlik mesleğinin gereklerini ön planda tutarlar. Bu konuda hastane yönetimlerinin hekimler üzerinde baskısı yoktur.

16. Devlet Müdahalesine Tabii Olması: Devlet, genel sağlık politikalarını belirleme, düzenleme ve denetleme müdahaleleri ile yoksul kesimin de sağlık ihtiyaçlarının tamamının veya bir bölümünün kamusal kaynaklardan karşılanmasını sağlar.

17. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Şeffaf Olamaması ve Belirsizlik ve Riskin Bulunması: Tam rekabet piyasası şeffaftır. Alıcılar ve satıcılar hangi malın, ne miktarda, hangi fiyattan alınacağını ve satılacağını önceden kestirebilirler. Sağlık

hizmetlerinde ise tüketicinin ne zaman, nerede, ne ölçüde ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağı ya da tıbbi tedavinin etkisi önceden tahmin edilemez. Aynı şekilde tüketici de ne zaman ve ne şekilde bir sağlık hizmeti talep edeceğini önceden bilemez. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde, talebi ve tüketilmesi noktasında belirsizlikler söz konusudur (22).

18. Sağlık Hizmetlerinin Doğal Tekel Olma Özelliğinin Bulunması: Tüketici durumundaki hastaların; hastalıklar ve tedavileriyle ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları, sağlık hizmeti içeriğinin ve fiyatının sağlık kurumları tarafından düzenlenmesi ve sağlık hizmetinin ikame edilmesindeki zorluklar sağlık hizmetlerinin doğal tekel olma özelliğini ortaya koymaktadır (24).

19. Çıktının Tanımlanmasının ve Ölçümünün Güç Olması: Sağlık hizmetlerinin temel girdisi ve çıktısı insandır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sonuçlarını diğer hizmet endüstrilerinde olduğu gibi çok kısa bir süre içinde görmek ve değerlendirmek mümkün değildir.

2.1.3.4 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört grupta ele alınmaktadır (25).

Koruyucu hizmetler, kişiye yönelik yani bireyin sağlığına gelecek tehlikeleri önleme çabaları ve çevreye yönelik yani toplum sağlığına gelecek tehlikeleri önleme çabaları olarak iki şekilde halk sağlığını korumayı hedefleyen sağlık hizmetleridir.

Tedavi edici hizmetler, sağlığı zarara uğramış insanları tekrar sağlıklı duruma getirmek için ortaya konan çalışmaların tümünü kapsayan sağlık hizmetleridir. Tedavi edici hizmetleri; hizmet kapsamı ve yoğunluğu kriteri esas alınarak, birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç ana gruba ayrılır.

Birinci basamak tedavi hizmetleri, daha çok ayakta tedavi hizmetlerini içermektedir. İkinci basamak tedavi hizmetleri, yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsamaktadır. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri ise, üniversite

hastanesi gibi eğitim hastaneleri tarafından verilen, yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren tedavi hizmetleridir. Rehabilitasyon hizmetleri, hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozuklukların ve sakatlıkların, hastanın günlük hayatını etkilemesini engellemek veya bu etkiyi en aza indirmek, bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir (22).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonunun yanı sıra, hastalıkların önlenmesi, birey ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri farklı özelliklere sahip işletmeler tarafından sunulur. Bu işletmeler arasından tedavi edici sağlık hizmetlerini sunmakla yükümlü olan hastaneler; gerek ekonomik, gerek hukuki, gerekse teknik özellikleri bakımından sağlık hizmetlerinin odak noktası olan işletmelerdir.

2.1.4. HASTANE İŞLETMELERİ

2.1.4.1 Hastane Kavramına Genel Bakış

Sağlık sisteminin bir alt sistemini oluşturmalarına karşın, hastaneler topluma sağlık hizmetinin sunulmasında en önemli rolü oynarlar. Bu nedenle hastaneleri sağlık sisteminin temel taşı olarak ifade edebiliriz. Sağlık hizmetleri, büyük yatırımlar gerektiren teknik donanıma sahip olmalarına rağmen emek yoğun endüstriler olarak nitelendirilmektedirler. Bu bağlamda, sağlık hizmeti üreten sistemlerin en büyük alt sistemi olan ve ana fonksiyonu tedavi edici sağlık hizmetleri olan hastaneler; bireylerin doğumla edindikleri en önemli toplumsal hakkı olan ve anayasada da koruma altına alınan yaşam hakkı ile ilgili hizmetleri, en son bilimsel düşünce ve teknolojiyi kullanarak üretmeyi hedeflerler.

Hastanelerde temel amaç; her türlü koruyucu önlemlere rağmen oluşabilecek hastalık durumlarında, erken teşhis, hızlı ve etkin tedavi ile hastanın kısa zamanda eski konumuna getirilmesidir (22). Tedavi edici sağlık hizmetleri, önceden doktorlar tarafından bireysel olarak yerine getirilirdi. Tıp bilimi ve teknolojisindeki ilerlemelerden sonra bu bireysel tedaviler yerini önce basit organizasyonlardan oluşan ilk hastanelere ve daha sonra sağlık hizmetlerine harcanan kaynakların çok büyük bir kısmını tüketen karmaşık organizasyon

yapısına sahip günümüzün modern hastanelerine bırakmıştır. Ekonomik gelişmişlik göstergelerinden biri olarak dikkate alınan sağlık göstergeleriyle ilgili olarak hastalık ve sakatlık halinde tedavi önemli bir konudur ve bu durum sağlık hizmetlerinin, koruyucu sağlık hizmetine göre daha yüksek maliyetli olan bölümüdür. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamaları içinde en önemli kalemi hastane yatakları teşkil eder ve hastaneler sağlık harcamaları içinde en yüksek paya sahiptir.

Sağlıkla ilgili kaynakların başlıca tüketicisi olan hastaneler, çalışanların ve tedavi edilen hastaların sayıca büyüklükleri yani nicelikleri yanında, ileri teknolojilere sahip cihazlar, tedavi hizmetlerinin yanı sıra otelcilik, teknik bakım-onarım, finansman, insan kaynakları, eğitim ve araştırma gibi birbirinden çok farklı süreçleri barındırmaktadır (24). Bu nedenle hastaneler amaçlarına etkin olarak ulaşabilmeleri için eğitim ve uzmanlıkları birbirinden oldukça farklı insan kaynaklarını da bünyesinde bulundurmaları zorundadırlar. Farklı meslek gruplarının koordineli bir şekilde çalışma zorunluluğu hastanelerin karmaşık yapılı bir işletme olmasında en önemli rolü oynamıştır. Sağlık hizmetlerinin temel fonksiyonu olan tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü ve sağlık harcamaları içerisinde en yüksek paya sahip olan hastaneler, her türlü sağlık hizmetlerinin ekonomik olarak kesintisiz üretildiği, birincil amacı kar olmayan, karmaşık, pahalı ve kendine göre değişik özellikler gösteren hizmet işletmeleridir (26).

Hastaneler birer hizmet işletmesi olmalarına rağmen diğer işletmelerinden bazı yönleri ile ayrılırlar. Hastaneler birer sosyal kurumdur, dolayısıyla kar işletmesi değildirler. Ancak bu gerçek, hastanelerin ekonomik işletmeler gibi işletmecilik kuralları ile yönetilmeyeceği anlamına gelmemektedir. Diğer bir ayırt edici özellik ise, diğer işletmelerin müşterilerini belli bir kesim oluştururken, hastane işletmelerine toplumun her kesiminden başvurma ihtiyacının olduğudur. Toplumun her kesiminden insan, temel işlevi yataklı tedavi hizmetlerinin sunumu olan hastanelere, koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ile ilgili olarak da başvurabilirler.

2.1.4.2 Hastanelerin Rolleri

Günümüzde hastaneler; tedavi ve tıbbi bakım görevlerinin yanı sıra, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı ile ilgili bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma birimi gibi birçok rolleri de üstlenen kurumlardır.

Üstlendikleri roller itibarıyla R. E. Brown; hastanelerin 9 ayrı kurum şeklinde ifade edilebileceğini savunmaktadır. Bu açıdan hastanelerin günümüzde oynadıkları rolleri;

- Tedavi hizmetlerini gerçekleştirdikleri için bir sağlık kurumu
- Yönetimlerinde ekonomik ilkelerin geçerli olması sebebiyle ekonomik bir işletme
- Doktorların ve diğer sağlık personelinin eğitimlerinde üstlendikleri roller nedeniyle birer eğitim kurumu,
- Değişik öğreti gruplarından gelen kişilerin çalıştıkları ve bunlar arasında amaç ayrıcalıklarının bulunması nedeniyle mesleki bir örgüt,
- Araştırmaya olan katkılarından ötürü birer araştırma kurumu,
- Ödeme gücüne bakmadan gereksinimi olan herkese hizmet sunmaları nedeniyle sosyal bir kurum,
- Belirli bir coğrafik bölgeye hizmet götürmesi nedeniyle toplumsal bir girişim,
- Devletin hastaneler üzerindeki denetiminden ötürü bir kamu kuruluşu

2.1.4.3. Hastanelerin Amaçları

Hastaneler, hizmet üretim kapasitesi ve sağlık harcamaları bakımından sağlık sisteminin en önemli alt sistemidir (27). Hastanelerde temel amaç; her türlü koruyucu önlemlere rağmen oluşabilecek hastalık durumlarında erken teşhis, hızlı ve etkin tedavi ile hastanın eski konumuna getirilmesidir. Bu temel amacının yanı sıra hastanenin amaç edindiği başka konular da bulunmaktadır. Hastane amaçlarının tanımlanması; hasta tedavi ve bakımı, personel eğitimi, halk sağlığının korunması, tıbbi araştırma ve eğitim gibi konuları kapsamaktadır. Hastane amaçlarını şu şekilde sıralayabiliriz (28):

- Her türlü sağlık hizmetlerinin üretilip arz edilmesi,
- İnsan sağlığının korunması,

- Tıbbi personelin yetiştirilmesi ve eğitilmesi,
- Tıp biliminde araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin yürütülmesi.

2.1.4.4. Hastane Fonksiyonları

Hastanelerin amaçlarına ulaşabilmek için yerine getirmeleri gereken bir takım görevleri bulunmaktadır. Bu görevleri; tıbbi, eğitim, araştırma, teknik, mali, idari olmak üzere altı grupta toplanarak incelenebilir.

- 1. Tıbbi Fonksiyonu:** Hastanelerin en temel işlevidir. Hastalara, kendisini hasta hissedenlere ve sağlık durumlarını kontrol ettirmeye isteyenlere sunulan tıbbi tedavi, teşhis, gözlem, rehabilitasyon, klinik, poliklinik, ameliyathane hizmetlerini kapsamaktadır (22). Genel olarak hastanelerin var oluş nedeni ve temel fonksiyonu tıbbi hizmet üretimidir. Bunun dışındaki diğer görevler, yardımcı destek hizmetler olarak nitelendirilmektedir. Ancak hastanede yapılan bütün görevler, birbirine sıkı sıkıya bağlı, ayrılması imkânsız olan parçalar bütünüdür. (28)
- 2. Eğitim Fonksiyonu:** Hastanelerin bu fonksiyonu, hastaneleri birer eğitim kurumu haline getirmiştir. Hastanelerin eğitim fonksiyonu; personelin hizmet içi eğitimi, sağlık konularında halkın eğitimi, öğrenci eğitimi ve tıpta uzmanlık öğrencilerinin eğitimini kapsamaktadır.
- 3. Araştırma Fonksiyonu:** Hastalıklar devamlı olarak değişmekte ve dolayısıyla da insan vücudunu farklı şekillerde etkilemektedir. Nitekim hastalıkların ortaya çıkarılması ve tedavi edilmesi sırasında kullanılacak tıbbi yöntemlerin belirlenmesinde hastanelerin araştırma faaliyetleri ön plana çıkmaktadır.
- 4. Teknik Fonksiyonu:** Hastanelerde bulunan her türlü araç, gereç ve malzemelerin bakımı ve onarımı, fiziksel ortamın sağlanması, hastalar için gerekli olan yemek, çamaşır, berber gibi hizmetler hastanelerin teknik fonksiyonu kapsamındadır (22). Teknolojik gelişmeler sonucu pek çok yeni teknik araçlar ve elektronik cihazlar günümüzde hastanelerin önemli parçası haline gelince teknik hizmetlerin de önemi artmaya başlamıştır (28).

5. **Mali Fonksiyonu:** Hastane personeli ve hastalar için gerekli olan mali işlemleri kapsar. Hastaların ihtiyacı için yapılan giderler ve hastane personelinin gerek temin edilmesi gerekse birtakım mali ihtiyaçlarının karşılanması fonksiyonlarını içermektedir.
6. **İdari Fonksiyonu:** Tüm işletmeler için geçerli olan yönetim fonksiyonları hastane işletmeleri için de gereklidir. Planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon, denetim gibi yönetim fonksiyonlarının yerine getirilmesi hastanelerin idari görevi kapsamına girmektedir.

2.1.4.4. Hastanelerde Örgüt Yapısını Oluşturan Birimler

Tıp biliminin çeşitli uzmanlık dallarına ayrılarak gelişmesi, tıp teknolojisinde yeni buluşların uygulamaya konulması ve çağdaş insanlara özgü bir takım yeni hastalıkların ortaya çıkması, hastanelerin örgüt şekillerini ve bu örgüt yapısını oluşturan unsurları önemli ölçüde etkilemiştir. Amaç ve görevlerine göre bölünmemiş bir hastanede her sağlık hizmetine göre ayrılmış yirmiden fazla alt örgüt birimi bulunmaktadır. Tıbbi, hemşirelik, idari mali ve teknik hizmetler olarak dört grupta toplanabilen temel hastane hizmetleri, temizlik, çamaşır, yemek işleminden, teknik, idari ve mali her türlü faaliyete ve tıbbi tedavi hizmetlerine kadar çok geniş bir hizmet alanını kapsamaktadır (28).

1. **Tıbbi Birimler:** Hastane içinde kurulmuş tıbbi tedavi, bakım ve araştırma birimlerine “Tıbbi Hizmet Birimleri” adı verilmektedir. Bunlar; klinikler, poliklinikler, ameliyathaneler, laboratuvarlar, radyoloji ve eczane olarak sıralanabilir:
 - a. **Klinikler (Servisler):** Sağlık şikâyetinden dolayı hastaneye başvuran bir hastanın muayene, teşhis, tedavi ve kontrollerinin yapıldığı yataklı tedavi birimlerine “klinik” adı verilir. Genel hastanelerde bir uzman hekim tarafından idare edilen klinikler, üniversitelere bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde tıp fakültesi ile ilgili ana bilim dalı başkanları tarafından yönetilirler. Bu birimlerde teorik ve uygulamalı tıbbi hizmetler üreten hekimler, ana bilim dalı başkanlarına bağlı bulunmaktadır. Diğer personel ise, hastane yapısı içerisinde kendi birim yöneticilerine karşı sorumlu bulunmaktadır.

- b. Poliklinikler:** Tedavi için hastaneye başvuran hastaların ilk muayene ve kontrolünün yapıldığı, basit hastalıkların ayakta tedavi edildiği, ağır olanların kliniklere alınarak daha uzun süre müşahede altında tedavi için kliniklere alınmasına karar verildiği birimlerdir. Hastane hizmetlerinin en önemli kısmının sunulduğu polikliniklerde hekimler, hemşireler, sağlık memuru ve sekreterlik yapan idari memurlar tarafından, hastaların muayene, teşhis, tedavi ve bakımı ile birlikte halk sağlığının korunmasına yönelik toplum hekimliği hizmetleri sunulmaktadır. Hastanelerin bakım ünitelerinden daha önemli hale gelen poliklinikler sayesinde büyük ölçüde emek, zaman ve kaynak tasarrufu sağlanmaktadır.
- c. Ameliyathaneler:** Hastalıkların tedavisinin ilaçlarla mümkün olmadığı durumlarda cerrahi müdahale gerektiğinde cerrahi tedaviler, özel araç ve gereçlerle donatılmış birimlerde yapılmaktadır.
- d. Laboratuvarlar:** Sağlık sıkıntıları için hastaneye başvuran bazı hastaların teşhis ve tedavilerinin doğru bir şekilde yapılabilmesi için bazı materyallerin tahlil edilmesi veya hastanın mevcut sağlık durumunun film ve benzeri yollarla belirlenmesi gerekmektedir. Söz konusu bu tür hizmetler; biyokimya, hematoloji, bakteriyoloji ve röntgen laboratuvarları ve kan merkezi gibi teşhis üniteleri denilen birimlerde yapılmaktadır. Laboratuvarlar, hastalıkların erken teşhisini sağlayarak tıbbi hizmet üretimini kolaylaştırdığı ve desteklediği için modern hastanecilikte en önemli birimler arasında sayılmaktadır.
- e. Hastane Eczanesi:** Hastanelerde, hastaların tedavisinde ilaçların yanlış kullanımını önlemek ve daha etkili sağlık hizmeti sunmak amacıyla, gerekli olan ilaçları ve tıbbi malzemeleri tedarik eden ve ihtiyaç anında hazır bulunduran bir birim olarak eczaneler bulunmaktadır. Tedavide en etkili ilacın seçilmesinde çok önemli bir görevi olan eczaneler, hastanelerin yıllık ilaç ihtiyacını karşılamaya çalışırlar.

- 2. Yardımcı Sağlık Personeli:** Hastanede hekimlerden ayrı bir hizmet grubu olan hemşireler, Türkiye’deki uygulamaya göre doğrudan doğruya hastane müdürlüğüne bağlı olarak, hekimlerle uyum ve işbirliği içinde çalışmak durumundadır. Hekim ve hemşire arasındaki yönetim ilişkisi, diğer işletme organizasyonlarındaki ast üst ilişkisi gibi değildir. Hemşire, hekimin bir ast elemanı gibi çalışmakta; ancak hekim hemşirenin amiri sayılmamaktadır. Hemşireler, hastane müdürü adına yetkili ve sorumlu bulunan “başhemşire” ye bağlı olarak hastane hizmetlerini yapmaktadır. Hastanın tedavisinde ilaçların kullanımının sağlanması, denetimin yapılması ve tedavi işlemlerinin uyumu ile görevli olan hemşireler; gece ve gündüz, hastaların ihtiyaçlarıyla da ilgilenmektedir. Klinik içinde bütün acil vakalarla ilgilenmenin yanında, hasta kabul ve taburcu işlemleri, temizlik, yemek dağıtımı ve malzeme ihtiyaçlarının tespiti gibi pek çok faaliyetin koordinasyonunu da hemşireler üstlenmektedir. Hemşireler klinik, poliklinik ve laboratuarlara göre gruplandırılabilir.
- 3. Teknik Birimler:** Görevlerinin niteliğinden dolayı günün yirmi dört saati hizmet vermek durumunda olan hastanelerin; sürekli su, kesilmeyen elektrik, çalışır durumda araç-gereçler ve eksik olmayan malzeme gibi çeşitli ihtiyaçları bulunmaktadır. “Teknik hizmetler” olarak adlandırılan bu faaliyetler, hastane yapısı içinde “Teknik Hizmetler Müdürlüğü”ne bağlı olarak yürütülür.
- 4. İdari – Mali Hizmet Birimleri:** Hastanenin personel işleri, yazı, arşiv, hasta kabul ve taburcu işlemleri, rapor, nöbet, sosyal hizmetler, santral, kütüphane, halkla ilişkiler gibi faaliyetlerinin yanı sıra muhasebe, ayniyat, iase, satın alma işleri, yemekhane, mutfak ve diyetle ilgili hizmetler, idari birimler tarafından yürütülmesi gereken faaliyetlerdir. Bunları; İdari-Mali Hizmetler Müdürlüğü’ne bağlı olarak “İdari Hizmetler”, “Beslenme ve Diyet İşleri”, “Mali Hizmetler” şeklinde üç bölümde gruplandırabiliriz (28).

2.1.4.5. Hastane Türleri

Hastaneler; sundukları hizmetlerin türlerine, hastaların hastanede ortalama kalış sürelerine, hastanenin mülkiyetine ve yatak adetlerine göre çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadırlar (29).

1. Sundukları Hizmet Türlerine Göre Hastaneler

- a. **Genel Hastaneler:** Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dalları ile ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan veya yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.
- b. **Özel Dal Hastaneleri:** Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.
- c. **Eğitim ve Araştırma Hastaneleri:** Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.
- d. **İlçe/Belde Hastanesi:** Bünyesinde 112 acil hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren; görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği ancak ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.
- e. **Gün Hastanesi:** Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır. Birçok tıp fakültesi hastanesi ve araştırma hastanesi bünyesinde gün hastaneleri bulunmaktadır.

2.1.4.6. Hastanelerin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin en önemli sunucusu olarak kabul edilen hastanelerin taşıdığı özellikleri aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz:

1. **Hastanelerin Birer Hizmet İşletmesi Olması ve Sağlık Hizmetleri İçerisinde Yer Alması:** Hastanelerin esas kuruluş nedeni hastalara tedavi hizmeti vermek olduğu için hizmet organizasyonları arasında sayılmışlardır. Hastaneler, hem bir hizmet işletmesi

olması nedeniyle hem de sağlık hizmeti içerisinde yer alması nedeniyle bu üst sistemlerinin özelliklerini de bünyelerinde barındırmaktadırlar.

- a. Hastaneler yüksek düzeyde sermaye gerektiren emek yoğun işletmelerdir:**
Tıp bilimindeki ve teknolojisindeki gelişmeler, belli düzeyde sağlık talebini karşılayabilmek için sunulan kapasite, büyük yatırımları gerektirmektedir.
- b. Sağlık hizmetleri kuruluşlarının dolayısıyla hastanelerin en önemli özelliği hastaların, verilen tedavi hizmetinin türünü, niceliğini ve kalitesini belirleme ve değerlendirme durumunda olamamalarıdır.** Bu husus, hastaneleri diğer pek çok organizasyondan ayıran önemli bir özelliktir. Çünkü sağlık hizmetlerinde, tüketicilerin talep edecekleri hizmet ve ürünler konusunda bilgisiz olmaları ya da yeterli bilgiye sahip olmamaları pazarın etkin biçimde çalışmasını engelleyebilmektedir. Sağlık konusu ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış kişilerin bilebileceği karmaşıklıktadır. Bu bağlamda, hastanın kendisine uygulanan tedaviyi kontrol etme olanağı olmadığından, tedavi hizmetlerinin gözetimi ve denetimi, tıbbi hizmetlerin organizasyonunda önem kazanan hususlar olmaktadır.
- c. Bir ülkede hastaneler, ekonomik faaliyetlere katılsın veya katılmasın, toplumun tümüne hizmet sunarlar.**

2. Hastanelerin Karmaşık Yapıda Örgütler Olması: Hastanelerin karmaşık yapıda örgütler olarak nitelendirilmesine neden olan faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz.

- a.** Hastane dışında hastaneyi etkileyen etmenler yani hastane çevresi çok karmaşıktır. Yasam ve sağlık kavramlarının doğuştan kazanılmış bir hak olarak anayasada yer alması, buna paralel olarak da devletin tüm yapılanması ile sağlık hizmetlerinin sunum ve denetim sürecinde yer alması hastaneyi dışarıdan etkileyen en önemli etkenlerden biridir.

- b. Hastanelerdeki aşırı işbölümü ve uzmanlaşma; yapısal karmaşıklığa yol açan nedenlerden bir başkasıdır. Hastaneler benzer büyüklükteki örgütlerle karşılaştırıldığında, hastanelerdeki işbölümü ve uzmanlaşmanın düzeyi çok daha yüksektir. Hastanelerde görevler; birbirinden çok farklı öğrenim, eğitim, yetenek, geçmiş yaşantılar, değerler, ihtiyaç ve fonksiyonlara sahip çok sayıda meslek elemanını bünyesinde barındıran gruplar tarafından yerine getirilir. Hizmet içi eğitimle eğitilen yardımcı personelden oldukça yüksek düzeyde eğitilmiş beyin cerrahına kadar değişen insan kaynakları, yapılan faaliyetlerin yaşam ve ölümle ilgili olması hastanelerin karmaşık örgütler olarak nitelendirilmesinde önemli rol oynar
 - c. Hastanelerde kullanılan teknoloji oldukça karmaşıktır. Teknolojinin hızla ilerlemesi hastanelerde uzmanlaşmanın artmasına ve yeni uzmanlıkların doğmasına neden olmaktadır
 - d. Hastanelerin eğitim işlevi örgütsel karmaşıklığa neden olmaktadır. Hastanelerin eğitim işlevleri; eğitim hizmetlerinin örgütlenmesi, öğrencilerin hastaneye geliş ve ayrılışlarının takibi, bu öğrencilere verilecek eğitim hizmetlerinin programlanması, öğrenciler ile hastane personeli arasındaki iletişim sorunlarının çözümü gibi ek sorunları da beraberinde getirmektedir.
- 3. Hastanelerde Talep Belirsizliğinin Çok Yüksek Olması:** Hastaneye gelen her hasta farklı tanı ve tedavi özellikleri gösterir. Tedavi hizmeti üreten hastaneler, bu hizmetin türünü nitelik ve nicelik açısından önceden belirleme ve değerlendirme durumunda değildirler. Bu nedenle herhangi bir an için hastaneye olan talep doğru olarak tahmin edilememektedir. Yine bu paralelde, hastaneye gelen hastanın tedavi talebinin aciliyet taşıması ve reddedilemez nitelikte olması, gerek donanım gerekse personel açısından hastanenin her zaman kullanıma hazır tutulmasını gerektirmektedir. Bunun bir sonucu olarak, hastanede tam kapasite çalışmayan ve zarar eden servisler veya birimler dahi kapatılmamaktadır. Bu ise hastanede fazla sayıda personel istihdamına yol açtığı gibi hastanelerin sabit maliyetlerini de yükseltmektedir.

4. Hastanelerin Günün 24 Saati Hizmet Sunması: Hastaneye gelen hastanın tedavisi acillik ve reddedilemezlik özelliği gösterdiği ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulması gerektiği için hastanelerde tüm gün boyunca hizmet verilmektedir. Bu bağlamda, özellikle ameliyathane, yoğun bakım, acil servis ve klinik hizmetlerinde; hastanelerin kaliteye yönelik olarak sıfır hata amaçlarını gerçekleştirebilmeleri için, günün her saatinde aynı kalitede hizmet sunumunu gerekli kılmaktadır.

5. Hastanelerin Matriks Yapıda Örgütler Olması: Matriks temeline dayalı örgütlenmede; bölümlere ayırma ölçüsü olarak hem işlev hem de proje ölçütünün bir arada kullanıldığı görülür (30). Matriks yapılı örgüt, faaliyetlerinin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir örgüt üzerine proje örgütünün monte edilmesiyle ortaya çıkan bir yapıdır. Matriks örgüt yapısı, iki ayrı ilişki üzerine kurulmuştur. Dikey ve yatay ilişkiler. Matriks bir yapıda, hem dikey hem yatay ilişkiler aynı derecede öneme sahiptir ve bu nedenle ikili otorite hattı mevcuttur. Matriks örgütte iki tür yönetici bulunmaktadır. Bunlar; fonksiyonel yönetici ile proje yöneticisidir. Fonksiyonel yönetici, işin kimler tarafından, nerede (hangi projede) ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Proje yöneticisi ise; neyin, ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir. Dolayısıyla uzmanlık bölümleri içinde çalışan personeller bir yandan uzmanlıkları nedeniyle ilgili bölümün yöneticisine (dikey ilişki); bir yandan da bu uzmanlıklarını belirli bir projede uyguladıkları için bu projenin yöneticisine (yatay ilişki) karşı sorumludurlar. Bu yapıda, proje yöneticisi “emir-komuta yetkisine” değil, matriks yapının bir özelliği olan “proje yetkisi” ne sahiptir. Projeyi oluşturan işlerin gerçekleştirilmesi sorumluluğunu fonksiyonel yöneticiler ve proje yöneticisi müştereken taşımaktadır. Proje yöneticisi ile fonksiyonel yönetici arasında hiyerarşik bağ yoktur. Proje ekibi içinde yer alan elemanlar, iki ayrı amire bağlıdır. Proje ekibi içerisinde çalışanlar hem fonksiyonel hem de proje yöneticisine bağlı oldukları için her iki amiri de tatmin etmek zorundadır. Bütün bu özellikler, aynı zamanda, matriks yapının çalışmasındaki güçlükleri ifade etmektedir. Matriks örgüt yapısı bu özellikleri itibariyle bünyesinde pek çok sorun taşımaktadır. Klasik hiyerarşik bir örgüt içerisinde sorun olmayan pek çok olay, matriks bir yapı içinde krize dönüşebilmektedir. Bu bağlamda matriks

yapıda karşılaşılabilecek ana sorunlar; farklı amirlere aynı derecede bağlı olunması nedeniyle görev ve sorumlulukların çakışması, kişilerin performans değerlendirme sorunu, tam bir haberleşme zorunluluğu, karışıklık ve düzensizliğe açık olusu, beşeri ilişkilerde yumuşaklık, iş ilişkilerinde açıklık ve sorun çözme yaklaşımını gerektirmesi ve çatışmalara açık olusudur.

2.1.4.7. Hastaneleri Diğer İşletmelerden Ayıran Özellikleri

Hastaneler çoğunlukla essiz veya en azından diğer işletmelerden özellikle de endüstriyel kuruluşlardan farklı olarak nitelendirilirler. Bu farklılıkların özellikle yönetim alanında belirginleştiği savunulur. Belirtilen bu farklılıkların en önemlilerini şu şekilde sıralayabiliriz (31):

- a. Sonuçların, çıktılarının tanımlanması ve ölçülmesi çok daha zordur.
- b. Yapılan iş çok daha değişken ve karmaşıktır.
- c. Birçok iş acildir ve ertelenemez niteliktedir.
- d. Hata kabul etmez, toleransı çok azdır.
- e. Yapılan işler bölümler arası yüksek koordinasyonu gerektirir ve birbirlerine aşırı derecede bağlıdırlar.
- f. Yapılan iş çok yüksek seviyede uzmanlaşmayı gerektirir.
- g. Örgütsel katılımcıları, özellikle doktor ve hemşireler yüksek derecede uzmanlaşmış kimselerdir ve çalıştıkları kurumdan çok mesleklerine bağlıdırlar.
- h. Hastanenin temel fonksiyonunu yerine getirmede ve harcamalardan en fazla sorumlu olan doktorlar grubu üzerinde etkili örgütsel ve yönetsel kontroller çok az derecede sağlanabilmektedir.
- i. Hastanelerde çift hatlı otorite (matriks yapı) hakimdir. Bu da koordinasyon problemlerine ve rol çatışmalarına neden olmaktadır.

2.1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Kalite kavramı, "müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, müşterilerin beklenti ve algılayışlarını odak noktasına almaktadır. Bir hizmetin kaliteli sayılması için müşteri istek ve beklentilerini karşılaması, yani

müşterileri tatmin etmesi gerekmektedir. Türkiye’de yapılan kalite çalışmalarında bu yaklaşımın büyük ölçüde kabul gördüğü söylenebilir. Büyük ölçüde kabul görmesine karşın, bu yaklaşımın tıbbi bakımın bilimsel –teknik yönünü göz ardı ettiği ileri sürülebilir. Hastaların ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere (örneğin beslenme, otel hizmetleri) oranla hemen hemen yok denecek kadar azdır. Hasta yalnızca bakım çevresini (temizlik, gürültü, “bürokrasi”) ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite değerlendirmesi yapmak yanılgılı sonuçlar verebilir. Örneğin hastaların beklentileri çok düşük ise bu beklentilerinin karşılanması, verilen hizmetin kaliteli olduğunu kanıtlamaz.

Hizmet kalitesinin nesnel olarak verilen hizmetin hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme (teknik kalite) temel alınarak ölçülebileceği ileri sürülebilir. Bu açıdan kalite kavramını, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesi olarak tanımlamak olanaklıdır. Ancak hizmetten yararlanan kişilerin sosyal ve psikolojik istek, beklenti ve gereksinimlerin göz ardı eden bir hizmet sunumunda da ne kadar bilimsel olursa olsun kalite hedefini gerçekleştirme bakımından yetersiz kalacağı ileri sürülebilir.

Sağlık Hizmetin Kalitesi = Teknik kalite+Tedavi Sanatı

Kalitenin teknik yönü, “teşhis ve tedavi hizmetlerin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını”; sanatsal yönü de, “verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamasını içermektedir (13).

Sağlık hizmetlerinde kalite; kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesidir. Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (4).

Sağlık hizmetlerinde genel anlamda kalitenin üç ögesinden bahsedilmektedir. Bu ögeler (2):

- a. Teknik Boyut:** Tıp bilim ve teknolojisi ile diğer sağlık bilimlerinin ortaya koyduğu mevcut bilgi birikiminin uygulanma sonuçları
- b. Kişilerarası ilişkiler (İletişim):** Hizmeti üreten ve/veya sunanlar ile müşteri ve yakınlarının sosyopsikolojik etkileşim(iletişim) sonuçları,
- c. Fiziksel Ortamlar:** Müşterinin hizmeti alırken bulunduğu ortama yönelik yargı sonuçları.

Sağlık hizmetinde kalite, müşterinin beklediği kalite düzeyi ile (beklenen kalite) algıladığı kalite (algılanan kalite) düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanır. Müşteri hizmetten beklediği performans ile hizmeti tüketerek aldığı performans arasındaki farka göre hizmetle ilgili düşüncelerini ifade eder, değerlendirmesini yapar. Başka bir açıdan baktığımızda sağlık hizmetinde kalite, sağlık kurumunun sağladığı hizmetin kalitesi (sunulan kalite) ile müşterinin algıladığı kalite (algılanan kalite) arasındaki farktır (32).

Sağlık sisteminin tüm unsurları, sağlık hizmeti talep eden tarafların ihtiyaçlarının karşılanmasına eksiksiz hizmet etmelidir. Sağlıkta kalite için sağlık sistemi ile ilişkili sektörlerin, yüksek kaliteyi minimum maliyette ve en kısa sürede sunmayı hedefleyen bir biçimde lojistik unsurları sağlamaları gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite açısından lojistik desteğin büyük önem taşıdığı dikkate alınmalıdır. Bununla birlikte hizmet sunumunun ikinci önemli bileşeni 1. Basamak sağlık hizmeti (aile hekimliği) talep eden tarafların memnuniyetini arttıracak önemli bir konudur. Ayrıca sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bir kesim de evde bakıma muhtaç kişilerdir ve bu hizmetin de profesyonel olarak kaliteli biçimde sunulması sağlıkta kalite açısından önem taşımaktadır.

Kalite sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme hâkim kılmanın yolu, farklı paydaş beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesidir. Tedarikçilerin, hastaların ve doktorların farklı beklentileri arasında mutlaka denge kurulmalı ve hesap verebilir niteliklere sahip bir sistem tasarlanmalıdır. Doğal olarak 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinin görüldüğü hastaneler de sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemli bir

yere sahiptir. Hastanelerde sunulan Sağlık sisteminin genel görünümünden sonra, kalite ve sağlıkta kalite konusundaki açıklamalar yol gösterici olacaktır. Öncelikle kalite; müşteri isteklerini önceden tahmin ederek, beklentilerinin ötesine geçmek ve ürünün (ve/veya hizmetin) doğal yaşamı boyunca müşteriyi memnun etmek olarak tanımlanabilir. Sağlık açısından değerlendirildiğinde, hasta beklentilerinin karşılanması ve bunun ötesine geçerek sunulan hizmetin uzun süreli bir memnuniyet yaratması anlaşılabilir. Burada hasta beklentisinin ne olduğu önem kazanmaktadır. Hastaların, ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere oranla yok denecek kadar azdır. Hasta yalnızca bakım çevresi ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite ölçümü yapmak, yanıltıcı sonuçlar verebilir. Örneğin, hastaların beklentileri çok düşük ise, bu beklentilerinin karşılanması, verilen hizmetin kaliteli olduğu anlamına gelmemektedir.

Klasik görüşe göre sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri sistemindeki tüm öğeler, aslında toplumu oluşturan bireylerin hastalanmadan önceki sağlık hallerini güvenceye almak üzere koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ile başlayan, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile devam etmekte olan iç içe geçmiş hizmetler bütünüdür. Hedef toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı hallerini sürdürmelerini sağlamak, hastalanmaları durumunda ise en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak eski sağlıklarına kavuşmalarını temin etmektir. İnsana ait en önemli varlıklardan olan sağlığın korunması ve sürdürülmesinde kaliteli sağlık hizmeti sunulması, hizmeti sunanların sorumluluğu, sistemi finanse eden vatandaşın da hakkıdır (33). İnsanlar sağlık hizmetlerini hem sağlıklarının korunması hem de hastalıkların sırasında yapılan tedaviler olarak kabul etmektedirler, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik beklemektedirler. Bireyler kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden mutlu iseler o sağlık kurumunu da kaliteli olarak kabul ederler.

Ayrıca kalitenin özü olan “sıfır hata”, “sıfır fire”, “hatayı kaynağından yok etmek” sağlık sektöründe ayrı bir öneme sahiptir. Çünkü sağlık sektöründe % 1 lik bir hata bile insanın yaşamının sona ermesine neden olabilir. Hizmet sektöründe bu nedenle insan -

ekipman güvenilirliğinin % 100 olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde kayıp zaman iç-dış müşteriler için oldukça önemlidir. Özellikle sağlıklı kişilerin ve onların yakınlarının beklemeye tahammülleri ve fırsatları yoktur (34).

2.1.5.1. Teknik Kalite

Kalitenin teknik yönü, teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını içermektedir. Verilen sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmede kullanılan yaklaşımlardan en önemlisi Donebedian tarafından geliştirilen “yapı, süreç, sonuç” yaklaşımıdır. Bu yaklaşım “üç öge yaklaşımı” olarak da anılmaktadır (25).

Yapı (Structure): Hizmet sunan sağlık kurumunun genel özelliklerini içermektedir. Sağlık kurumunun maddi kaynakları, insan kaynakları, kurumun örgütsel yapısı gibi değişkenler yapı ögesi içerisinde yer alır.

Süreç (Process): Hizmet üretimi ve sunumu sırasında gerçekleştirilen faaliyetler üzerinde odaklaşan ögedir. Hastanın muayene edilmesi, hastalığa tanı konulması, uygun tedavi yönteminin geliştirilmesi ve uygulanması gibi faaliyetleri içermektedir.

Sonuç (Outcome): Verilen sağlık hizmetinin hastaların ve toplumun sağlık statüsü üzerinde yaptığı etkileri ifade etmektedir. Donebedian’ın üç ögeli bu yaklaşımına göre teknik anlamda kalite bu üç ögenin etkileşimi ile elde edilir. İyi bir yapı iyi bir sürecin ortaya çıkmasını; iyi bir hizmet süreci de arzulanır sonuçların elde edilmesini sağlamaktadır.

2.1.5.2. Tedavi Sanatı

Verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamaını içermektedir. Hizmet ortamının genel özellikleri ve hizmet sunanların müşterilere yönelik tutum ve davranışlarını kapsamaktadır. Bireylerin geçmiş deneyimleri ve beklentileri, hizmet sunanların tutum ve davranışları, kişisel kalite algısına yol açmaktadır (25).

Kişilerarası ilişki burada önemli bir yer tutar. Kişilerarası ilişki aracılığıyla hasta, teşhise ve tedaviye yardımcı olacak bilgiyi uzmana iletir. İyi bir hasta-hekim etkileşimi sayesinde, hekim de hastaya hastalığı hakkında gerekli bilgileri vererek hastayı tedavi sürecinde aktif işbirliği konusunda motive edebilecektir. Başarılı ve kaliteli bir tedavinin ilk adımı hastanın hekimini benimsemesidir. Bu nedenle hasta ile hekimin etkileşimi kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunda son derece önemlidir. Kişilerarası ilişkiler dolayısıyla tedavi sanatı, teknik performansı önemli ölçüde etkiler (35).

2.1.5.3. Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Boyutları

Sağlık hizmetleri kalitesine altı boyutta bakılabilir. Bu boyutlar sağlık işletmeleri tarafından tam olarak sağlandığı takdirde verilen hizmetler her aşamada kaliteli bir düzeye ulaşmış olacaktır. Sağlık hizmetleri kalitesinin altı boyutu şu şekilde sıralanabilir (35);

- 1. Ulaşılabilirlik Boyutu:** Hastaların ihtiyaç duydukları hizmeti kolay şekilde alıp almadıkları, sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine yayılıp yayılmadığı gibi hastaların sağlık hizmetlerine erişebilme durumları ile ilgili ayrıntıları içermektedir.
- 2. Güvenlik Boyutu:** Sağlık kurumunun yangın gibi felaketlere karşı gerekli önlemleri alması, herhangi bir kriz anında gerekli talimatların hazırlanmış olması gibi durumlar güvenlik boyutu kapsamında değerlendirilmektedir.
- 3. Uygunluk Boyutu:** Seçilen tedavi yönteminin hasta için doğru olup olmadığı, ileride başka sorunlara yol açıp açmayacağı ile ilgilidir. Doğru tanının konulması, hasta için uygun olan tedavi yönteminin seçilmesi ve ileride ortaya çıkması muhtemel sonuçları ile ilgili hastanın bilinçlendirilmesi ile ilgili yapılan tüm çalışmalar sağlık hizmetlerinin uygunluk kalitesi içerisinde yer almaktadır.
- 4. Teknik Kalite Boyutu:** Hizmetin ne kadar iyi sunulduğu, sunulan hizmeti daha iyi hale getirebilecek başka yolların olup olmadığı ile ilgili tüm çabalar sağlık hizmetlerinin teknik kalitesi ile ilgilidir.

5. **Tıbbi Etkinlik Boyutu:** Hastalara verilen sağlık hizmeti sonucunda hastanın sağlık durumunda meydana gelen tım gelişmeler ile ilgili sorulara verilen cevaplar, sağlık hizmetleri kalitesinin tıbbi etkinlik boyutunu oluşturur.
6. **Hasta Tatmini Boyutu:** Hastaların hizmeti alım sürecinde ve sonrasındaki düşünceleri, hasta gözüyle hizmetin kalitesinin bir göstergesidir. Dolayısıyla hastanın geçirdiği süreç boyunca algıladığı kalite ve sonrasında yaşadığı tatmin düzeyi sağlık hizmetleri kalitesi açısından son derece önemli bir boyuttur.

2.1.5.4. Sağlık Hizmetleri Kalitesini Etkileyen Faktörler

Donebedian sağlık hizmetlerinde kaliteyi etkileyen yedi özelliğin olduğunu açıklamıştır (36).

1. **Etkenlik (Efficacy):** Sağlık kurumunun potansiyelini yani mevcut teknolojiye ve bilimsel bilgiye dayalı olarak en iyi yapabileceği şeyleri içermektedir.
2. **Etkililik (Effectiveness):** Etkenliğin tersine etkililik hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmedir.
3. **Verimlilik (Efficiency):** Etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi anlamına gelir. Aynı sonucu veren iki hizmetten düşük maliyetli olanı pahalı olanına göre daha verimlidir. Sağlık hizmetleri açısından verimlilik, en düşük maliyetle belirli bir kalite düzeyinde sağlık hizmetinin sağlanmasıdır. Verimlilik, sağlık işletmelerinin karlılığını da olumlu yönde etkilemesi nedeniyle son derece önemlidir.
4. **Optimal Olma (Optimality):** Kullanılan hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında optimum dengenin sağlanmasıdır.
5. **Kabul Edilebilirlik (Acceptability):** Verilen hizmetlerin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması anlamına gelmektedir. Bir hizmetin kabul edilebilir olması için; hastaların hizmetlere

kolayca ulaşabilmesi ve kullanabilmesi, hizmet veren personelin hastalara karşı duyarlı olması, hasta istek ve beklentilerine yanıt vermesi, hizmet ortamının rahatlatıcı ve güven verici olması, hizmetlerin etkili ve ucuz olması gerekmektedir.

6. Yasallık (Legitimacy): Verilen hizmetlerin kurallara, yönetmeliklere ve kanunlara uyması olarak açıklanabilir.

7. Eşitlik (Equity): Herkesin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanması gerektiğini ifade eder. Tüm bireylere adil biçimde hizmet

Sunulması, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması anlamına gelmektedir. Tüm bu faktörler sağlık hizmetlerindeki kaliteyi en fazla etkileyen ve olmaması durumunda gerek maddi gerekse manevi açıdan sağlık kurumlarını zarara uğratan faktörlerdir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından bu yedi özelliğin bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir.

Kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek için; sağlık hizmetlerinin hem teknik hem de tedavi sanatı kalitesinin artırılmasına yönelik olarak, sağlık hizmetlerinin tüm özellikleri göz önünde bulundurulur ve kalitesini etkileyen faktörler dikkate alınarak sağlık hizmetleri kalitesinin tüm boyutlarını ele alacak şekilde bir kalite programının oluşturulması gerekmektedir. Başarılı bir kalite programı ise; mevcut kalite düzeyinin belirlenmesini, kalite düzeyinin sürekli iyileştirilmesini, tepe yönetimin desteğini, sorumlulukların paylaşımını, etkin bir işbölümünü ve hasta tatmininin yanı sıra iç müşteri memnuniyetini de içermelidir. Hastaya mümkün olan en iyi tedaviyi sunarak bakımını sağlamak gerek doktorların gerekse diğer sağlık çalışanlarının birincil sorumluluğudur. Hastanın kaliteli bir sağlık hizmeti almasının sağlanması, sadece hastaya değil herkese yarar sağlamaktadır. Bu şekilde hem hasta hem de sağlık profesyonelleri yüksek bir tatmin duygusuna ulaşmış olur (37).

2.2 SÜREÇ VE SÜREÇ YÖNETİMİ KAVRAMLARI

“Süreç” kavramını daha iyi tanımlayabilmek için öncelikle “sistem ve dönüşüm” ifadelerini açıklamamız da fayda vardır. “**Sistem**”, fiziksel veya fiziksel olmayan kendi aralarında ilişkili ve etkileşen, bir veya daha çok amaca yönelik öğeler kümesi olarak ifade

edilmektedir. Burada öge; sistemi oluşturan parçaları, ilişki; bu ögeler arasındaki akış ve etkileşimi, amaç ise sistemin oluşum nedenini ve karşıladığı gereksinimi ifade etmektedir. “**Dönüşüm**” ise, sistemlerdeki girdileri kullanıp bunlar üzerinde çeşitli işlemler yaparak, çıktılarının elde edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Dönüşümün, sistemin amacına yönelik olarak gerçekleşmesi beklenir [17].

Bu tanımlarla birlikte, “süreç” kavramının sözlüksel anlamını inceleyecek olursak, “**süreç; ilerlemesi süren bir şey, belirli bir sonuca götüren kademeli değişim, belirli bir sona doğru ilerleyen faaliyetler ve işlemler dizisi**” olarak tanımlanmaktadır [18].

“Süreç” kavramı farklı şekillerde tanımlanabilse de temelde, “**süreç; girdileri, katma değer yaratarak çıktılara dönüştüren faaliyetler kümesi**” olarak özetlenebilir.

Gün geçtikçe her alanda rekabetin çok yoğun hissedildiği küreselleşen dünyamızda, müşteri memnuniyetini sağlamanın ve sadık müşteriler yaratmanın önemi herkes tarafından daha fazla anlaşılmaktadır. Yukarıda birkaç örnekle açıklanmaya çalışılan ifadelerden de anlaşılacağı üzere, müşteriye sunulan her mal veya hizmet bir sürecin çıktısı olduğuna göre, bu ürün veya hizmeti müşteri istek ve beklentilerine uygun ve olabilecek en az maliyetle yaratabilmek için, süreci incelemek gerekmektedir.

II. Dünya Savaşı sonrasında Japonya’da “**sürekli iyileştirme (kazien)**” kavramıyla başlayan ve hem dünyada hem de Türkiye’de giderek yaygınlaşan kalite çalışmalarının temelinde bugün, “süreç” mantığı yatmaktadır [20].

Bir işletmenin, süreç yönetimine başlaması ve sürekli iyileştirme çalışmalarını devam ettirmesi için ISO 9001:2008, Toplam Kalite veya Müşteri İlişkileri Yönetimi (CRM) çalışmaları içinde olması gerekmektedir. Bunun temel nedeni ise, bu hedefe ulaşmak için bir dizi iyileştirmeyi, Toplam Kalite Yönetimi’nde olduğu gibi, işletmede genel müdür ve üst yönetimin kararlılığı ve kaynak ayırımı ilkelerini benimsemenin gerekliliğidir.

ISO 9001:2008 Standardı, müşteri şartlarını karşılamak sureti ile müşteri memnuniyetini artırmak için kalite yönetim sisteminin oluşturulması, uygulanması ve

etkinliğinin iyileştirilmesinde proses yaklaşımının benimsenmesini teşvik eder. Standarda göre bir kuruluş, etkin çalışması için birçok bağlantılı faaliyetleri belirlemeli ve yönetmelidir. Kaynakları kullanan ve girdilerin çıktılara dönüşümünün sağlanması için yönetilen bir faaliyet veya faaliyetler grubu bir proses olarak değerlendirilebilir. Sıklıkla, bir prosesin çıktısı bir sonrakine doğrudan girdi oluşturur. İstenen çıktıyı elde etmek amacıyla, bir kuruluş içerisinde, proseslerin tanımlanması ve etkileşimleri ile birlikte bir prosesler sisteminin uygulanması ve bunların yönetilmesi “proses yaklaşımı” olarak adlandırılabilir.

Proses yaklaşımının bir avantajı, hem proseslerin oluşturduğu prosesler sistemi içindeki birbirinden ayrı prosesler arasındaki bağlantılar üzerinde ve hem de bu proseslerin birleşimi ve etkileşimleri üzerinde sürekli bir kontrol sağlamasıdır. Kalite yönetim sisteminde kullanıldığında böyle bir yaklaşım, aşağıda verilenlerin önemini vurgular:

- a) Şartların anlaşılmasının ve yerine getirilmesi,
- b) Prosesleri değer katma açısından dikkate alma ihtiyacı,
- c) Proses performans ve etkinliğinin sonuçlarının elde edilmesi,
- d) Proseslerin, objektif ölçüme dayalı olarak sürekli iyileştirilmesi.

Ayrıca süreç odaklılık yaklaşımında, işletme içinde bir kültür değişimi gerçekleştirilmekte ve işler o zamana kadar olduğundan biraz veya çok daha farklı şekillerde yapılmaya başlanabilmektedir. Süreç odaklılık yaklaşımı ile işletmede yapılan işler incelendiğinde izlenecek adımlar aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Süreçlere atanmış “sahip”ler (süreç sahibi); sorumlu oldukları süreci denetim altında tutabilmek için sürekli izlemeli, hedeften sapma veya aksaklıklar ortaya çıktığında veya müşteri beklentileri değiştiğinde, “iyileştirme ekipleri” kurarak iyileştirme çalışmalarını başlatmalıdırlar.
- İyileştirme ekiplerini, her zaman süreç sahibinin fark edip oluşturması şart değildir. Çalışanlar bir sorun fark ettiklerinde veya mevcut işleyiş kapsamında değiştirilmesinin daha verimli olacağı bir adım saptadıklarında veya işlemi düzeltmek üzere gönüllü olarak birkaç kişi bir araya geldiğinde, sürekli geliştirme

ve iyileştirme çalışmalarına başlayabilirler. Bu tarz girişimleri işletmenin geneline yayılabilecek ve özendirecek sistem ve araçların oluşturulması işletme için çok önemlidir ve çok faydalı sonuçlar doğurmaktadır. Örneğin; Toplam Kalite ve/veya Süreç Yönetimi için tüm çalışanların katılımının sağlanabilmesi amacıyla bir “öneri sistemi” nin kurulması, öneri sayısının performans değerlendirmesinde de dikkate alınması tüm işletme genelinde yaygınlaşmayı teşvik edici unsurları oluşturacaktır.

- Çalışanların, sürecin hızlı işleyebilmesi için “yetkilendirilmiş olmaları” ve bu konular üzerine iyi düzeyde bilgilendirilmeleri önemlidir. Bunun için işletme genelinde, örnek soru-cevap metinleri hazırlanabilir. Örneğin, müşteriden gelen bir telefon çağrısı esnasında, müşteri talebine, çağrıyı alan kişi tarafından başka birine yönlendirme yapmadan mümkün olan en iyi şekilde ve ilk elden hızlı yanıt verebilmek, hem müşterinin bekleme süresini kısaltmakta, hem de müşteri memnuniyetini arttırmaktadır.
- Süreç performansını izlemek için “ölçümleme sistemi”nin oluşturulması gerekmektedir. Çünkü bu sayede kaydedilecek ilerlemeler tespit edilebilmekte ve ölçümlerdeki sapmalar incelenerek farklı ve yeni çözüm metodları yaratılabilmektedir. İşletme bünyesindeki süreçler, “üretim” ve “iş” süreçleri olmak üzere iki sınıfta değerlendirilebilmektedir. “**Üretim süreci**”; dış müşteriye sunulacak ürünü fiziksel olarak üreten faaliyetlerdir. “**İş süreci**” ise; kuruluşun kaynaklarını kullanarak, kuruluşun amaçlarıyla ilgili sonuçların alınması için izlenen, birbiriyle alakalı (mantıksal olarak sıraya dizilmiş) işlemler grubudur [21].

Bu gruplandırma dışında, süreçler, “stratejik ve stratejik olmayan süreçler” olarak da kategorilendirilebilmektedir. “**Stratejik süreçler**”, işletmenin hedefleri, amaçları, pozisyonu ve belirlenmiş stratejileri açısından büyük önem taşıyan süreçlerdir ki, bunlar işletmenin kendini nasıl tanımladığına bağlıdır. “**Stratejik olmayan süreçler**” ise bu kritik süreçler dışında kalan, daha esneklik gösterebilen kozmetik süreçlerdir.

“Stratejik Süreçler”, örgütlerin amaçları doğrultusunda ilerlerken değişimle baş etmek için ne yönde hareket edilebileceğini belirler. “Süreç Yönetimi” ise stratejik süreçlerle belirlenen yön doğrultusunda nasıl ilerleneceği, stratejinin nasıl hayata geçirileceği sorularının cevaplanması ihtiyacı ile ortaya çıkmaktadır. Bu soruların her ikisinin de cevapları yine süreçlerdedir.

Müşteriye değer katan faaliyetler, müşteri için önemli olanlardır ki; bunlar, müşterinin ihtiyaç duyduğu, istediği, para ödemeye gönüllü olduğu ürün veya hizmetlerdir. Müşteri ilişkileri yönetimi, araştırma - geliştirme, lojistik yönetimi, tedarik zinciri yönetimi değer yaratan faaliyetlere örnek olarak verilebilir. Değer katmayan faaliyetler ise işletme içinde günlük işler, evraklar ile fonksiyonel departmanlar arasında ilerleyen kopyalama, onaylama, doldurma, hazırlama, kontrol etme gibi faaliyetlerdir.

2.2.1 SÜREÇ ÖZELLİKLERİ

Süreçlerin oluşturulduğu farklı kullanım alanlarına rağmen, yapısındaki özellikleri yedi temel başlık altında toplayabiliriz. Bu özellikleri inceleyecek olursak [22];

- 1. Tanımlanabilirlik:** Sürecin temel unsurlarının ve buna bağlı süreç hiyerarşisinin belirlenebilmesi özelliğidir.
- 2. Tekrarlanabilirlik:** Bir sürecin defalarca aynı şekilde işlemesi özelliğidir. Bazı durumlarda tekrarlanabilen bir döngü standartlaştırabilir.
- 3. Ölçülebilirlik:** Sürecin performans ölçüt göstergeleri ile izlenebilme özelliğidir. Aksi takdirde ölçülemeyen birşey kontrol edilemez.
- 4. Kontrol edilebilirlik:** Süreç sorumlularının sürecin performansı hakkında her zaman için bilgi sahibi olabilmesi ve gerektiğinde düzeltici faaliyetleri yerine getirilebilmesi özelliğidir.
- 5. Ara yüz yönetimi:** Faaliyetlerin süreç olarak adlandırılabilmesi için bir gelişimi ifade etmesi gerekmektedir, bir noktada başlayıp bitmez. Süreci oluşturan adımlar arasındaki ilişkileri tanımlaması esasına dayanır.
- 6. Katma değer katmanları:** Sürecin çıktılarının kalitesi ve çıktıyı kullanan müşterinin tatmini üzerine olumlu etki yaratabilme özelliğidir.

- 7. Geri besleme kontrolü:** Süreç sonucunda ortaya çıkan bilgilerin sürece tekrar veri olarak girmesi "geri dönüşüm" olarak adlandırılır. Geri dönüşüm kontrolü sürecin kontrolden çıkmasını engeller.

2.2.2 SÜREÇ UNSURLARI

Sürecin temel unsurlarını; girdi, girdiyi sağlayan tedarikçi, çıktı, çıktıları kullanan müşteri, süreç performans ölçütleri, müşteri ihtiyaç ve beklentileri, süreç aktiviteleri oluşturmaktadır. Bu kavramları aşağıdaki başlıklarla inceleyebiliriz [18]:

- 1. Girdiler:** Süreci harekete geçiren, sürecin dış çevresinden katılan ve dönüşümün yaratılmasında kullanılan unsurlardır. Sermaye, işgücü, malzeme, makine ve ekipman süreç girdileridir.
- 2. Çıktılar:** Girdilerin süreç içinde müşterinin ihtiyaç ve beklentilerini karşılayacak şekilde katma değer yaratmasını sağlayan dönüşümün sonucudur.
- 3. Tedarikçiler:** Sürecin girdilerinin bir veya birkaçını temin eden kişi veya kuruluşlardır. Tedarikçiler organizasyon içinden veya dışından olabilir ve sağlayıcılar olarak ifade edilebilir.
- 4. Müşteriler:** Sürecin çıktılarını kullanan ve fayda sağlayan organizasyon içinden veya dışından kişi veya kuruluşlardır.
- 5. Süreç performansının ölçütleri:** Sürecin müşterinin ihtiyaç ve beklentilerini karşılama derecesini ölçmeye yarayan göstergelerdir. Örneğin; hurda oranı, yeniden işleme zamanı, cevap verme süresi, hatasız teslim edilen parça sayısı, vb. Süreç performansını belirlerken gösterge ve oranlardan yararlanır. Müşteri ihtiyaçlarını kontrol ederken de aynı göstergeler ve oranlar kullanılırsa büyük fayda sağlanır.
- 6. Müşteri ihtiyaç ve beklentileri:** Müşterilerin zaman içinde değişen ve gelişen ihtiyaç ve beklentilerinin neler olduğunun anlaşılması ve öğrenilmesi, ürün veya

hizmetin müşteriye tatmin edecek şekilde geliştirilebilmesi için önemlidir. Bu sayede geri besleme kontrolü sağlanmış olur.

7. Süreç Aktiviteleri (Dönüşüm) : Süreç aktiviteleri, girdilerin çıktılara “dönüşüm” eylemidir. Dönüşüm sonucunda girdilerden daha farklı, daha değerli çıktılar elde edilir. Genel olarak dört çeşit dönüşümden bahsedebiliriz:

a) Fiziksel Dönüşüm: Hammaddenin veya yarı mamulün gerekli bilgileri kullanarak daha değerli mamullere dönüşmesidir. Fiziksel dönüşüm bir durum değişikliği olarak da düşünülebilir.

b) Konumsal Dönüşüm: Bir malzemenin veya herhangi bir nesnenin bir yerden başka bir yere taşınması ve depolanması sonucunda yer değiştirmesi anlamına gelmektedir.

c) Değersel Dönüşüm: Girdinin süreç sonucunda değerinde bir değişiklik olması durumudur. Örneğin bankacılık, sigortacılık değersel dönüşüm sağlayan süreçlerdir.

d) Bilgisel Dönüşüm: Verilerin azaltılması, çoğaltılması, birleştirilmesi, değiştirilmesi yoluyla daha anlamlı çıktılar üretilir. Eğitim süreci bilgisel dönüşüm için uygundur.

2.2.3 SÜREÇ HİYERARŞİSİ

Süreçler, küçük ve basit olabileceği gibi geniş kapsamlı ve karmaşık da olabilirler. Süreç, bir fonksiyonun içinde başlayıp bitebileceği gibi, ürün ve hizmet yaratan tüm zinciri kapsayabilir. Bu sebeple, bir organizasyondaki süreçler en üstten en alta doğru bileşenlerine ayrılarak hiyerarşik olarak sıralanmalıdır [21].

2.2.3.1 Temel Süreçler

Temel (Ana) süreçler, içinde bulunulan endüstriyel sektör ve iş alanında, rekabette üstünlük ve başarı sağlanabilmesi için kritik nitelikte olan süreçlerdir. Bu süreçler, her durumda fonksiyonlar arası ve/veya şirketler arası bir konuma sahiptir ve birden fazla bölüm (departman/fonksiyon) içerebilmektedir. İş sonuçlarına direkt etkileri vardır ve stratejik öneme sahiptirler. İşletme için pazarda oluşan bir ihtiyaç ile başlar, ihtiyacın giderilmesi ve müşterinin elde ettiği çıktıdan aldığı tatmin ile son bulur. Bir organizasyonda genel olarak 8-12 temel süreç bulunabilir.

Temel süreçler, genellikle dış müşteride başlayıp dış müşteride biten, karşılıklı, birbirleriyle ilintili ve etkileşimli belli başlı “süreçler” den meydana gelir. Süreçler, bireysel ve fonksiyonlar arası olabileceği gibi bir ana sürece bağlı birkaç süreç de bulunabilir.

2.2.3.2 Alt Süreçler

Özellikle büyük organizasyonlarda; süreçler genellikle şirket içinde başlayıp biten, iki veya daha fazla fonksiyonu kapsayan ve önemli çıktılara sahip “alt süreçler” i içerir. Süreçlerin içinde de bölümlenmiş faaliyetlerle alt süreçler bulunabilir.

2.2.3.3 Detay Süreçler

Alt süreçler altında, bir fonksiyon içinde başlayıp biten küçük ve basit süreçleri, bir veya birden fazla kişi tarafından gerçekleştirilen görevleri ve görevlerin yerine getirilmesi için gerekli faaliyetleri içermektedir.

Her işletmede, temel sürecin altında, belirtilen tüm hiyerarşik yapının bulunması zorunluluğu yoktur. Süreçler fonksiyonel işlerin detaylandırılması ve planlanıp takip edilmesi için en uygun seviyede bölümlenebilir.

2.2.4 SÜREÇ YÖNETİMİ’NİN AMACI

“Süreç Yönetimi”, süreçlerin bugün nasıl çalıştığını anlamak ve iyileştirebilmek için organizasyonun tüm süreçlerinin belirlenmesi, tanımlanması, belgelenmesi, sorumlusunun

atanması, düzenli olarak süreç performans göstergelerinin izlenerek değerlendirilmesi ve gerektiğinde küçük iyileştirmelerin ya da sil baştan, kökten tasarımların gerçekleştirilmesidir. Bir başka ifade ile **“Süreç Yönetimi; müşteri ihtiyaçları ve taleplerine dayanarak anahtar süreçlerin değerlendirilmesi, analiz edilmesi ve buna bağlı performansın artırılması için yeni süreç tasarımını içeren sürekli gelişimi öngören bir metodolojidir”** [23].

“Süreç Yönetimi”nin hedefi; genellikle yeni bilgi ve kaynakları kullanarak veya önceden var olan kaynakları farklı bir şekilde değerlendirerek, bir organizasyonun daha etkin, daha verimli, daha uyumlu, daha yüksek kapasitede ve daha kısa sürede faaliyet göstermesini sağlamaktır.

Süreçlerin başarılı bir şekilde yönetilebilmesi ve iyileştirebilmesi için kuruluş içinde tüm süreçlerin tanımlı olması gerekir. Bunun anlamı; “sürecin, sahibinin belirli, akış diyagramının mevcut, sınırlarının belli, diğer süreçlerle ilişkileri belirlenmiş, ölçüt setinin oluşturulmuş, ölçme sisteminin tanımlanmış olması” demektir. Sürecin performansını ölçebilmek için oluşturulan ölçütler ise; hataları, çevrim zamanını, iç ve dış müşteri memnuniyetini içeren ve kararlılığı olumlu etkileyebilen değerler olmalıdır. Süreç Yönetimi’ni uygulamaya geçirmekte takip edilecek aşamaları ise aşağıda belirtildiği gibi sıralayabiliriz [20]:

- Süreçlerin tanımlanması
- Süreç sahiplerinin ve sorumlularının belirlenmesi
- Süreç öğelerinin (girdi, çıktı, müşteri ve tedarikçi) tespiti
- Süreç haritalarının çizilmesi
- Süreç ölçüt ve göstergelerinin tespiti / güncellenmesi
- Süreçlerin hedeflerinin tespiti / güncellenmesi
- Kritik süreçlerin tespiti
- Süreçlerin analizi ve geliştirilmesi

2.2.2.5 SÜREÇ YÖNETİMİ’NİN GETİRİLERİ

Süreç Yönetimi, müşteriye odaklanmayı sağlar. Organizasyonlar dikey olarak oluşturulmuş hiyerarşik yapılardır. Süreçler ise genellikle birden fazla departmandan kişilerin

katılımıyla çalışan yatay bir oluşumdur. Sadece bir departman içinde başlayıp biten süreçler de olabildiği gibi, süreçler, özellikle firmanın ana süreçleri, fonksiyonlar arasındadır. Dikey organizasyonlar üzerinde başı, sonu, adımları, departmandan departmana geçişleri net olarak tarif ve dokümanite edilmemiş yatay süreçler çalıştığında ve süreçte yer alan her bir departman sadece kendi yaptığı kısımdan sorumlu olduğu; yani sürecin tümünü izleyen, gözleyen, denetleyen birinin (süreç sahibi) olmadığı durumlarda, süreçlerde aksamalar olması son derece doğaldır ve olmaktadır. Ve çoğu kez asıl önemli olanın müşteriye hizmet olduğu gözden kaçırılır. Bunlar ise, müşteri memnuniyetsizliği yaratır. Bu da giderek azalan gelir, kar ve pazar payıdır. Süreçlerin iyi yönetilmesi bu aksamaları engeller. Çünkü amaç, süreçlerin etkili (beklentiyi karşılayan, doğru) ve verimli (maliyeti düşük) çalışmasını sağlamaktır. Böylelikle katma değer oluşturmeyen adımlar ortadan kaldırılır.

Ayrıca, süreç bazında çalışma, çalışanların fikir ve önerilerine gereksinim duyduğundan, çalışanlar fikir ve önerilerine değer verilmesi nedeniyle daha motive çalışırlar ve işlerini benimserler. Bu yönetim tarzı, geleneksel “Taylor Yönetim Modelinde” olduğu gibi bir aksama olduğunda kişileri sorumlu tutmamaktadır. Bu yaklaşıma göre, aksaklıkların (gecikme, hata, vb) nedeni süreçler veya sistemlerdir. Şirketin iş yapış biçimleri fonksiyonel olarak hiyerarşi yapısına göre değil, süreçlerin akışına göre düzenleyen yeni ve bu sebeple gereksiz beklemleri engelleyen bir yönetim şeklidir. İnsana önem veren bu yönetim biçiminde kişiler gerekli eğitimleri alarak kendilerini geliştirme veya becerilerine daha uygun görevlere gelme olanağına sahiptirler. Bunlar, şirkete bağlılığı artıran unsurlardır [20]. Bu temel faydaların yanı sıra süreç yönetimi uygulanan işletmelerde;

- Açıkça tanımlanmış beklenti ve hedefler,
- Basitleştirilmiş prosedürler,
- Açık ve net iş tanımları,
- Bireysel otoritenin artması,
- Beceri gelişimi,
- Azalan maliyetler,
- Kaynakların daha doğru kullanımı

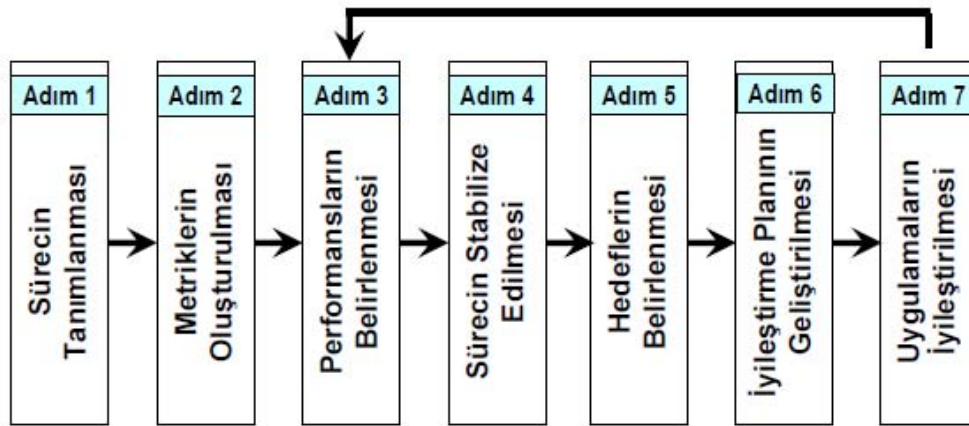
gibi kriterlerde de büyük kazançlar getirmekte, işletmenin karlılığının ve verimliliğinin artmasına da önemli katkılar sağladığı gözlemlenebilmektedir. Bunun yanında tüm bu iyileştirme faaliyetlerinin şirket genelinde yanlış anlaşılması için de büyük özen gösterilmelidir. Süreçlerde iyileştirme yapılırken bu durumun, “şirketin eleman azaltmaya gittiği” yolunda bir endişeye yol açmaması ve iyileştirme çalışmalarına katılımlarda isteksizlik oluşturmaması için, en başta çalışanlara ne yapılmak istendiğinin tam olarak, açık ve net bir ifadeyle anlatılması gerekmektedir.

Ayrıca unutulmamalıdır ki; “süreç yönetimi” bir kerede yapıлып bitirilecek bir proje değildir. Yukarıda da bahsedildiği gibi, sürekli iyileştirmenin, süreç yönetiminin ayrılmaz bir parçası olduğu ve bu nedenle, işletme içinde süreçlerde iyileştirme düşünülüyorsa bunun tek seferlik bir çalışma olmadığı, işletmedeki herkesin katılımıyla gerçekleştirilebileceği ve devamlılık arz eden bir çalışma olduğu gelişimin her aşamasında vurgulanmalıdır. Ayrıca süreç yönetimi, tek başına bireysel faaliyet olmadığı gibi tek bir fonksiyonunun çalışması da değildir.

2.2.6 SÜREÇ İYİLEŞTİRME YÖNTEMLERİ

2.2.6.1 Süreç İyileştirme Adımları

Süreçlerin başarılı bir şekilde yönetilebilmesi ve iyileştirilmesi için bir dizi faaliyetleri içeren “süreç yönetimi” modeli oluşturulmalıdır. Bu modeli oluşturan faaliyetler Şekil 2.1’deki akış şemasında gösterilmiştir.



Şekil 2.1: Süreçlerin Sürekli İyileştirilmesi (ISO 9001:2008-4.1 F) [24]

2.2.6.2 Süreçlerin Tanımlanması ve Kritik Süreçlerin Tespiti

Bir sürecin geliştirilmesi isteniyorsa öncelikle mevcut sürecin tanımlanması gerekir. Dökümanite edilen süreçler sayesinde “**süreç iyileştirme takımı**”nın tüm sürecin içeriğini anlaması, faaliyetlerin sonuçlarını görmesi kolaylaşır. Sürecin eğilimi ile sınırlar belirlenmiş olur.

Ayrıca, tanımlanan süreçler arasında da süreç hiyerarşisinin belirlenmesi ile “kritik sürecin” de tespiti gerekmektedir. Çünkü bir işletmede birçok süreç yer alabilmekte ve bu süreçlerin hepsi de aynı öneme sahip olmamaktadır. Bunların içerisinde “önemli” olanların; katma değer, karlılık, marjinal maliyet ve duyarlılık analizleri dikkate alınarak tespit edilmesi gerekmektedir. Bu sayede de “kritik süreç”ten hareketle daha spesifik problemlere hızla ulaşılabilir, geliştirilen çözümlerin sonuca olan etkileri de daha kolay gözlemlenebilir.

2.2.6.3 Süreç Sahiplerinin ve Sorumluluklarının Belirlenmesi

Süreç yönetiminin, ilk adımı süreç sahibinin belirlenmesidir. Süreç sahibi bir dizi faaliyetlerin sorumluluğunu üstlenir. Biraz daha açık ifade etmek gerekirse süreç sahibi, sürecin izlenilirliğinden ve performansından sorumlu, yapma, denetleme, değiştirme yetkisine sahip kişidir. Süreç sahibi, fonksiyonlardaki değişikliklerin uygulayıcısıdır. Süreç sahibi, sürecin organizasyondaki sesidir.

Süreç sahibi, kendi sorumluluğuna verilen süreci inceledikten sonra bu süreç üzerinde süreç yönetimi uygulaması yapacak olan ekibi belirler. Süreç yönetimi projesinin başarıya ulaşmasının en temel kriterlerinden biri ise “**süreç takımı**”dır. Sürecin üstünlüğü, karmaşıklığı, fonksiyonel görevlerin fazlalığı, organizasyon kültürünün değişime olan etkisi gibi faktörler proje takımının niteliğini, kimlerden ve kaç kişiden oluşması gerektiğini belirlemek için önemlidir. Bir veya iki departmanı içeren, düşük seviyedeki bir süreç için üç veya dört kişiden oluşan bir takım yeterli olabilir. Eğer proje büyük ve süreç değişiklikleri oldukça karmaşık ve zor ise, bu proje birden fazla takım arasında bölüştürülebilir.

Ayrıca, seçilen süreç sahibi ve belirlenen süreç takımına üst yönetim tarafından yeterli destek de verilmelidir. Üst yönetim, takıma kendini kanıtlayabilmesi için fırsatlar vermeli ve takımda işi sahiplenme hissi yaratmalıdır.

Süreç geliştirme ve süreç yönetimindeki rolleri ve sorumluluklarını Tablo 2.1'deki gibi özetleyebiliriz

Tablo 2.1 Süreç Yönetiminde Roller ve Sorumluluklar [25]

Roller	Süreç Yönetimi'nde Sorumluluklar
Üst Yönetim	<ol style="list-style-type: none">1. Süreç sahiplerini atar.2. Kalıcı süreç ekiplerini belirler.3. Süreç ekibinin ölçümlerini izler ve ekibe geri bildirim verir.4. Süreç sahiplerinden gelen problemleri çözüme kavuşturur.5. Süreç performansını gözden geçirir.6. Süreç iyileştirmelerini ödüllendirir.7. Stratejik değişiklikler için akış diyagramları kullanır.8. Bölümler arası kopuklukları giderir.
Süreç Sahibi	<ol style="list-style-type: none">1. Sürecin üst düzey lideri ve savunucusudur.2. Sürecin uygun kaynaklara sahip olmasını sağlar.3. Bölümler arası tartışmaları çözümler.4. Süreç performansını izler ve üst yönetime raporlar.5. Süreç iyileştirmelerin uygulanmasını takip eder.6. Süreci değerlendirir.
Süreç Ekibi	<ol style="list-style-type: none">1. Süreç iyileştirmelerini analiz eder ve iyileştirir.2. Değişiklikleri yapar veya önerir.3. Bölümler arası konuları süreç sahibine iletir.4. Süreç iyileştirmelerini uygular.5. Süreç performansını izler ve problemleri giderir.6. Ölçümlerdeki gelişmeleri izler ve öneriler getirir.

2.2.6.4 Süreç Haritalarının Çizilmesi

Süreç haritası bir süreçte gerçekleştirilen işlerin ve iş akışlarının kolayca anlaşılmasını sağlar, katılımcılar arasındaki ilişkileri grafiksel olarak ifade eder. Bu grafiksel gösterimle amaç; süreci oluşturan işlem ve eylemler arasındaki ilişkileri, farklılıkların daha net olarak

anlaşılmasını, hangi aktivitelerin çıktıya artı değer kattığının görülmesini ve değişmesi gerekli süreçlerin belirlenmesini sağlamaktır.

Ayrıca, süreç kapsamında kaliteyi düşüren ya da süreci yavaşlatan dar boğazların ve problemlerin açıkça görülmesine ve önlem alınarak iyileştirilmesine yardımcı olmaktadır.

2.2.7 SÜREÇ HARİTALAMA

Süreç haritası, bir süreçte yapılan işlerin ve işin akışının kolayca anlaşılmasını sağlayan ve süreci görsel hale getiren diyagramdır. Süreç haritası, süreçteki tanımlanan aktiviteleri ve karar noktalarını gösterir. Bu yolla belirlenen organizasyonel hedeflere göre sürecin hangi aşamaları değiştirilmeli, hangi aşamaları desteklenmeli ve hangi adımları ortadan kaldırılmalı kararları alınabilir.

İş süreci haritası, insanların işlerini nasıl yaptığını gösteren bir resim gibidir. Bir harita, seçilen bir yerden başlayarak istenilen güzergâha doğru mümkün olan yolları gösterir. Böylece farklı kişiler yolculukları boyunca kendi ihtiyaç ve isteklerine göre farklı rotaları izleyebilirler. İş süreçleri de aynı yönde giden insanların değişik nedenlerden dolayı seçtikleri birbirinden farklı yollar gibidir. İyi bir harita değişik durumlarda en etkili rotanın seçileceği sürekli kalite geliştirme çalışmaları için bir temel ve dayanaktır. Kullanılacak olan teknik ise bir çeşit değiştirilmiş akış diyagramıdır. İş haritası, sürecin grafiksel sunumu olup işleri uyum içinde gösterir. Haritada standart akış diyagramı sembollerinin değiştirilmiş bir versiyonu kullanılmaktadır.

Haritalama, bir iş sürecinin girdilerinin, işlerin ve aktivitelerin uyum içinde gösterildiği ayrıntılı bir akış seması oluşturulmasıdır. İş haritaları gruplar halinde oluşturulabildiği gibi bireysel olarak da hazırlanabilmektedir. Ancak bireysel çalışma, sonuç açısından etkin görünmemektedir. Çünkü haritalama, alternatifleri arama ve içlerinden en iyisini seçmek için yapılan bir araştırmadır. Bireyler ise, diğer alternatifleri düşünmeden kendi buldukları yolları en iyisi olarak seçmektedirler.

Süreçlerin belirlenmesi aşamasında süreç haritaları hazırlanır. Bir süreç haritasının hazırlanması için adımlar şu şekilde sıralanabilir:

1. Öncelikle islemeyen, önemli olan ve başarı ihtimali yüksek olan bir sürecin seçilmesi,
2. Mevcut sürecin çizilmesi, hazırlık ve ekip çalışmaları ile mevcut süreçlerin süre ve sınıflarının kodlanması, değer analizi yapılarak süreçlerin tabloda özetlenmesi,
3. İç ve dış müşterilere yeni sürecin çizilmeye başlanması, sürecin basitleştirilmesi için süreç zincirlerinin yapıp neden gerektirdiklerinin incelenmesi, atılabilen, dışarıdan alınabilen, değiştirilebilen ve birleştirilebilen süreçlerin tespiti,
4. Olması gereken ve olabilecek süreç akış semalarının çizilmesi,
5. Varsayımların tanımlanması ve iptal edilmesi,
6. Sürecin, endüstri sınıfının en iyisiyle kıyaslanması, değer katan süreçlerin seçimi,
7. Beyin fırtınası uygulanması,
8. Tüm bu sürecin uygulanmasında mümkün olduğu kadar az kişinin kullanılması

2.2.8. İŞ SÜREÇLERİNİN HARİTALANMASINDA DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR

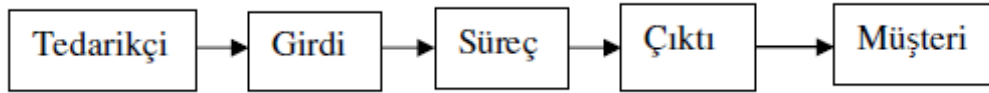
Yaratılan harita, süreci şimdi olduğu gibi, mevcut haliyle, tüm kusur ve etkinsizliğiyle sunar. Ancak sonuçta, birinden diğerine geçmek için vasıta olan ve önemli iyileştirme-geliştirme aktivitelerini içeren bir doküman olacaktır. Bu nedenle ana amaç, herkesi etkileyebilecek göz kamaştırıcı bir doküman değil, fazla değiştirip düzeltme yapmak gerekmeyecek bir doküman hazırlamak olmalıdır. Birçok insan, ortaya çıkan en son haritanın çok iyi bir araç olduğunu ve gerçek değerinin onun yaratıcılığında bulunduğunu söylemiştir. Haritayı oluşturmak için yapılan tartışmalar, takım ilişkilerine yardımcı olur ve katılımcıların başka insanların işlerini nasıl yaptığını daha iyi anlamalarını sağlar. Bu nedenle acele edilmemelidir. Özellikle, en son çıktı üzerine odaklanılmalıdır. Ancak harita oluşturma işleminin kazandırabilecekleri de hafife alınmamalıdır.

Haritalama toplantıları, tüm katılımcıları içeren etkin ve etkili buluşmalardır. Bu nedenle, mantıklı bir zaman dilimi içinde amaçların ve adımların üstesinden gelmek hedeflenmelidir. Diğer bir husus da organize olmaktır. Gurup seçimi de dikkat edilmesi

gereken konulardan bir tanesidir. Grup seçiminde ideal ölçü 5-8 katılımcıdır. Daha azı fikir sahasını kısıtlar, daha fazlası ise bazı insanların tam olarak katılımını önler. Bu işi yapan insanlar, işin nasıl yapıldığını ve ayrıntılarını bilen kişilerdir. Müdürler de katılabilir ancak genellikle onlar günlük işlerin bulanık ayrıntıları içine girmek için yeterli bilgi ya da isteğe sahip değildirler.

2.3. SIPOC SÜREÇ HARİTALAMA

SIPOC (tedarikçiler, girdiler, süreç, çıktılar ve müşteriler) analizi, süreç analizi yapan proje takımının ilgili süreçteki anahtar öğeleri anlamasına ve projenin amacını ve sınırlarını tanımlamasına yardım eder. Ayrıca, verilerin nereden toplanacağını, tedarikçiyi, müşteriyi, girdiyi ve çıktıyı tanımlar.



Sekil 2.2 SIPOC Süreci

SIPOC; tedarikçiler (suppliers), girdiler (inputs), süreç (process), çıktı (output) ve müşteriler (customers)'i içeren yüksek seviyeli bir süreç haritasıdır. Çıktının kalitesi, girdi ve süreç değişkenlerinin analiz edilmesi ile iyileştirilir. Etkin bir araçtır ve takım üyelerinin süreci aynı yönde görmelerini sağlar. Ayrıca lidere takımın ne üzerinde çalıştığı konusunda tam olarak bilgi verir.

SIPOC modeli amacın belirlenmesi ile başlar. Amaç olmadan SIPOC modeli gerçekleştirilemez. Örneğin “Masayı Temizle” eyleminin amacı yeteri kadar açık değildir. Temizleme eylemini gerçekleştirirken hangi basamakların izleneceği, hangi süreçlerin uygulanacağı ve hangi sistemin seçilmesi gerektiği belirtilmemiştir. Oyun oynamak, yemek yemek ve cerrahi operasyon gerçekleştirmek için masayı temizleme eylemi farklılık gösterecektir. İşletmelerimizin kronik sorunlarından biri, gerek bölümlerdeki gerekse bireysel olarak gerçekleştirilen işlerdeki amacın yeteri kadar açık olmaması ve değişkenlik

gösterebilmesidir. Amaçtaki bu tutarsızlık ve belirsizlik bir sistemin kurulmasını engellemektedir. Sistem olmadan değişimi gerçekleştirmek çok zor olabilir.

Eylemin amacı açık ve net olduktan sonra ihtiyaçları karşılanacak olan müşteriyi belirleyebilir ve müşterilerinden hangi çıktılara, mallara ve hizmetlere gereksinim duyulduğunu öğrenebiliriz. Daha sonra ise istenilen çıktıyı üretecek süreci veya metodu tasarlayabilir ve hangi tedarikçiden ne tür girdi temin edileceğini belirleyebiliriz.

SIPOC modeli ayrıca geri bildirimde içerir. Sistemin sağlıklı bir şekilde çalışmasını sağlayan döngüsel bilgi geribildirim sayesinde elde edilir. Geri bildirim olmadan sistemde iyileştirme ve geliştirme sağlanamayabilir.

2.3.1 SIPOC Süreç Haritalamanın Aşamaları [46]:

Birçok işletme SIPOC diyagramını sıra ile oluşturmakta sıkıntı çeker. Tanımlama için aşağıdaki adımları izlemek yararlıdır:

1. Üzerinde çalışılan sürecin isimi belirlenir.
2. Sürecin başlangıç ve bitiş noktaları tanımlanır.
3. Sürecin amacı oluşturulur ve “Süreç neden var?”, “Sürecin amacı nedir?” “Çıktılar nelerdir?” gibi sorular sorulur.
4. Başlangıç ve bitiş noktaları arasındaki ana süreç adımları oluşturulur. Süreçteki ana basamaklar aşağıdaki sorular sorularak tespit edilir: “Her bir girdiye ne oluyor?”, “Ne gibi değişim aktiviteleri oluyor?” Daha sonra detaya inmeden süreçteki ana hareketler incelenir.
5. Sürecin çıktısı tanımlanır. Çıktılar fiziksel ürünler, dokümanlar, bilgi, servis ve düşünce olabilir. Çıktıları tanımlamak için şu sorular sorulabilir: “Süreç hangi çıktıları üretir?”, “Hangi noktada süreç biter?”, “Süreç hangi bilgileri üretir?”.
6. Her bir çıktı için şu sorular sorularak müşteri tanımlanır: “Süreçten elde edilen bilgi ve ürünleri kim kullanır?”, “Sürecin müşterileri kimlerdir?”.
7. Anahtar süreç girdileri tanımlanır. Süreç girdilerinin neler olduğu araştırılır. Fiziksel bir parça mı yoksa ham madde mi? Form mu? Dokümantasyon mu? Örnek mi? Birçok

süreçte girdiler madde ya da bilgidir ancak düşünce, is gücü ya da çevreyi de içerebilirler. Girdileri tanımlamak için su soruları sorun: “Sürece neler girer?” “Sürecin başlamasını ne tetikler?”

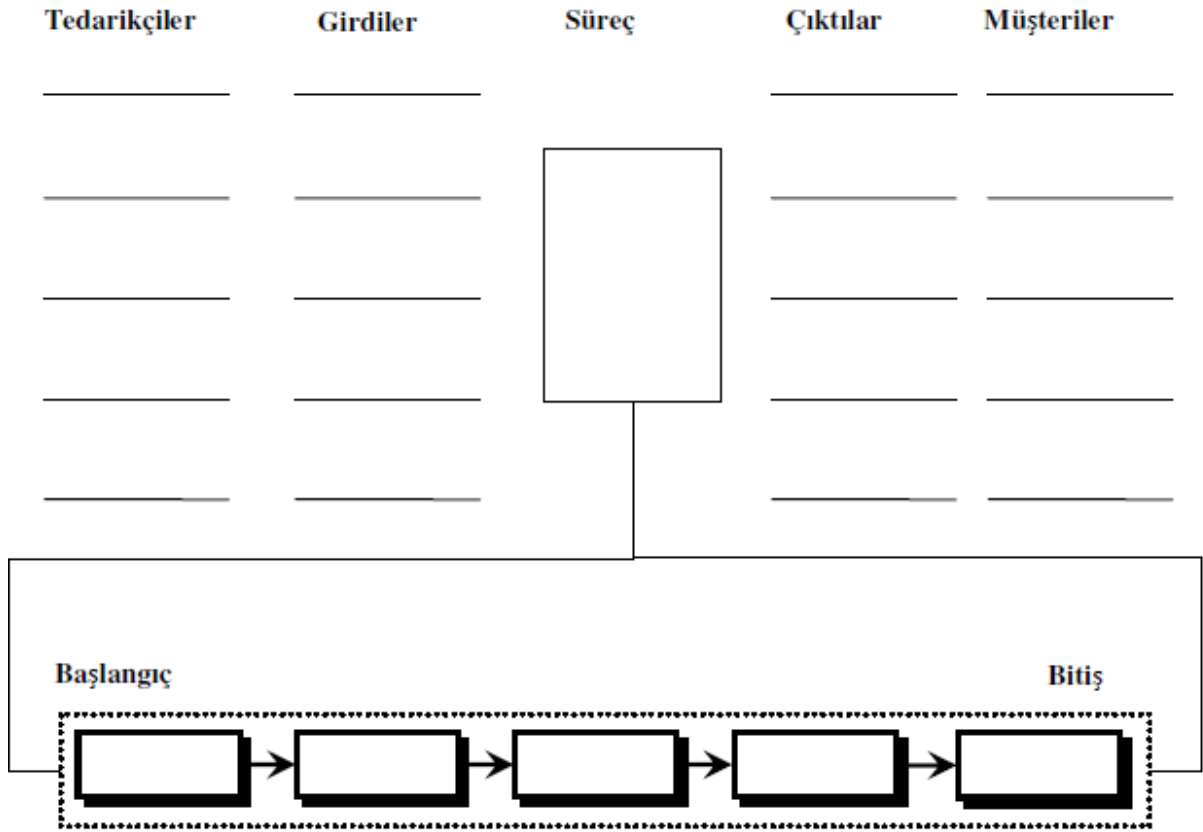
8. Her girdi için su soruları sorarak anahtar tedarikçiler tanımlanır: “ Üzerinde çalıştığımız süreç veya is için bilgi ya da madde nereden gelir? Tedarikçimiz kimdir? Ne tedarik ediyorlar? Tedarikçilerin sürece ve çıktılara nasıl bir etkisi vardır?”

SIPOC modeli, süreç yönetimi ve iyileştirilmesinde en çok kullanılan ve en işe yarar diyagramlardan biridir. İş akışının “bir göz atışı” görünümünü sunmak için kullanılır. Bu isim diyagramdaki beş unsurun kısaltmasıdır:

- **Tedarikçiler (Suppliers):** Süreç için kilit bilgi, malzeme veya diğer kaynakları sağlayan kişi yada gruptur.
- **Girdi (Input):** Sağlanan “şey” dir.
- **Süreç (Process):** Veriyi dönüştüren ve idealde ona değer kazandıran adım serisidir.
- **Çıktı (Output):** Sürecin son ürünüdür. Müşterilerimizin gereksinimlerini iyi anlamamız müşterilerimizi memnun edecek çıktıları daha iyi şekilde belirlememize olanak sağlayacaktır.

İşletmenizin çıktısı sisteminizi, süreçlerinizin ve kullandığımız metotların net çıktısıdır. Müşterileriniz veya işletmeniz sisteminizin kapasitesi neyi verebiliyorsa iyi veya kötü onu çıktı olarak alabilirler.

Müşteriler açısından baktığımızda çıktı müşteriyi memnun eden veya etmeyen mallar ve hizmetlerdir. İşletme açısından baktığımızda çıktı satışlardaki, gelirdeki, maliyetlerdeki, harcamalardaki, kardaki, nakit akımındaki, yatırım ger dönüşündeki, pazar payındaki net değişimdir.



Şekil 2.3. SIPOC Örneği [46]

Müşterileriniz çıktılarınız hakkında son söz söyleyen kişilerdir. Ürününüzün veya hizmetinizin kalitesini merak ediyorsanız müşterilerinize sormanız yeterli olacaktır. Eğer daha iyi çıktı almak istiyorsanız süreçlerinizi, sisteminizi ve metotlarınız geliştirmelisiniz [38].

- **Müşteri** (Customer): Çıktıyı alan kişi, grup veya süreçtir. Müşteri sunulan hizmet veya üretilen maldan fayda sağlayandır. Aynı zamanda müşteri işletmenizin yetersiz hizmet ve ürünlerinden dolayı memnun olmayandır. Müşteriler hakkında bilinmesi gereken bazı önemli noktaları aşağıda yer almaktadır. [38]

Satın alanlar sadece zorunlu müşteriler değildir. Bazı kişi veya gruplar kendilerini müşteri yapmayan ürün veya hizmetler için ücret öderler. Örneğin kablolu TV için

faturanızı öderken MTV Türkiye veya CNN kanalını izlemeyi satın alan kişisinizdir ama MTV Türkiye ve CNN kanalının direkt müşterisi değilsinizdir.

Önemli olmak için müşteri olmanız gerekmez. Hissedarlar, sigorta şirketleri, seçilmiş politikacılar hepsi günümüzde değişik açılardan önem arz ederler. Ama hiç biri müşteri değildir, her biri birer tedarikçi konumundadır. Var olan sistem tedarikçilerin ihtiyaçlarını karşılamak için kurulmamıştır. Tedarikçilerin rolü müşterilerin ihtiyaçlarını karşılayacak olan sistemin işlemesine yardım etmektir. Tedarikçiler kendilerini müşteri gibi görmeye başladıklarında, gerçek müşterilerin ihtiyaçları karşılanamayacaktır.

Tedarikçiler ve müşteriler ya da müşteriler kendi aralarında anlaşmazlığa düştüklerinde işletmenin amacının açık olmadığı ortaya çıkar. İşletmenin amacı var oluşu sebebini açıklayabilmeli hangi iş alanlarının işletmenin amacında yer aldığını hangilerin yer almadığını açıkça ortaya koyabilmelidir. Tedarikçiler amaca uygun olarak müşterilerin ihtiyaçlarını karşılayabilmelidirler.

Müşterilerimize kulak verdiğimizde öncelikle memnun olmayan müşterilerimizin şikâyetlerini ve ihtiyaçlarını göz önüne almalıyız. İşletmenizin müşterisi olmaktan vazgeçen müşterilerle iletişime geçmelisiniz. İlk planda müşteriniz olmayan fakat gelecekte müşteriniz olabilecek müşterilerle bağlantı kurmayı denemelisiniz.

Müşteri şikâyetleri bir işletme yöneticisi için tanrıdan gelen bir hediye olmalıdır. Her bir şikâyet işletmenin kendini geliştirmesi için yeni bir fırsattır.

SIPOC; kişilerin işi süreç bakış açısına göre görmesine yardımcı olur. Bazı avantajları arasında şunlar sayılabilir:

- Tek, basit bir diyagramla fonksiyonlar arası bir seri faaliyeti gösterir.
- Her boyuttaki süreçlere, hatta tüm kuruluşa uygulanabilecek bir çerçeve kullanır.

- Diğer ayrıntıların eklenebileceği “büyük resim” bakış açısını korumaya yardımcı olur.

2.3.2 SIPOC Süreç Haritalama Örneği

SIPOC yüksek seviyede süreç haritalamayı ifade eder. Tedarikçiler (Suppliers), girdiler (Inputs), süreçler (Process), çıktılar (Outputs) ve müşterileri (Customers) içerir. Kalite, sürecin çıktıları üzerinden değerlendirilir. Çıktıların kalitesi girdilerin ve süreç değişkenlerinin analizi ile iyileştirilebilir.

SIPOC çok efektif bir iletişim aracıdır. Bu araç takım elemanlarının sürece aynı şekilde bakmasını sağlar. Ayrıca liderlere takımın ne üzerinde çalıştığını açıklar. Bu sebeplerden dolayı bu araç projenin başlangıç aşamasında yapılmalıdır. SIPOC yardımı ile neden bu sürecin var olduğu, hangi ürün/hizmetler süreci oluşturur, bu süreçte oluşan ürünleri kimler kullanır, kullanılan materyaller ve bilgiler nereden geliyor, tedarikçileriniz kimler, ne tedarik ediyorlar gibi soruların cevaplarına ulaşılır. SIPOC oluşturulurken öncelikle, süreç isimlendirilir, sürecin başlangıç ve sonu belirlenir, anahtar çıktılar-müşteriler, girdiler-tedarikçiler listelenir ve ana süreç adımları belirlenir, isimlendirilir ve sıralanır.

SIPOC analizi yapılırken sürecin 5-7 adım tutulması gerekir. Bu analizde süreçte gerçekleşen ana aksiyonların genel bir resmi çizilmeye çalışılmalıdır, detaylara girilmemelidir [46].

SIPOC süreç haritalama

- C – Customer (Müşteri); Müşteri kim?
- O – Output (Çıktı); Müşteri ne ister? Ne bekler?
- I – Input (Girdi); Bu çıktıları sağlayan girdiler neler?
- S – Supplier (Tedarikçi); Hangi tedarikçi bu girdileri sağlar?
- P – Process (Süreç); Sürecin bu girdi ve çıktılara göre gerçekleşme sırası nasıl?

Sorularına cevap verilerek yapılan bir çalışmadır. Yaptığımız çalışmada Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde gerçekleştirilen sürekli

iyileştirme ve kalite çalışmaları sonucuna göre seçilen süreçler için, idari ve ilgili hastane personeli ile yapılan SIPOC çalışmaları dördüncü bölümde yer almaktadır.

2.3.3 SIPOC Süreç Ölçüt ve Göstergelerinin Tespiti

SIPOC Süreç içi kontroller çoğunlukla örnek ölçümleri kapsar. Böylece belirli bir olay ya da problemin ne kadar sık tekrarlandığı hakkında veriler toplanmış olur. Ayrıca veri toplama periyodunun belirlenmesi de gerekir. Ölçümlere sadece kusur ve hata oranlarını belirlemek için ihtiyaç duyulmaz. Aynı zamanda ölçümler çıktının ihtiyaçlara cevap verme derecesinin öğrenilmesi için de gereklidir. İş süreçlerinde kullanılan ölçüm çeşitleri 5 ana kategoride incelenmektedir [26]. Bu ölçüm çeşitleri genellikle SIPOC Süreç Haritalamada "Müşteri" nin gereksinimlerini, taleplerini analiz etmede kullanılır [26, 46].

- **Uygunluk Ölçümü**

Ürünün veya hizmetin spesifikasyonları ve ihtiyaçları karşılayıp karşılanmadığının ölçümüdür. Bu ölçümler müşteri gereksinimlerini direkt veya dolaylı olarak etkilemektedir. Hata oranları, bu hataların ekonomik ve işe olan etkileri dikkate alınarak sıfır ile düşük bir yüzde değer arasında değişmektedir.

- **Tepki Zamanının Ölçümü**

Tepki zamanı, talebin gelmesinden hizmetin verilmesine kadar geçen süreyi içermektedir. Tepki zamanı; günümüzde işletmelerin değişen müşteri taleplerini karşılamaları, rakiplerle mücadele etmeleri, pazar payı kazanmaları ve farklılık yaratmaları için büyük önem taşımaktadır.

- **Hizmet Düzeyinin Ölçümü**

Hizmet düzeyi, kullanıcıya sunulan hizmet ve kolaylık derecesidir.

- **Tekrarlılığın Ölçümü**

Tekrarlanan olayların veya faaliyetlerin gerçekleşme frekansını içermektedir. Tekrarlı işler genelde katma değer katmayan faaliyetlerden oluşmaktadır. Bu ölçümler yapılarak bir süreçte yer alan faaliyetlerdeki katma değer yaratmayan faaliyetlerin oranı belirlenir ve bu faaliyetleri azaltabilmek için önlemler alınır.

- **Maliyet Ölçümü**

İş performansının belirlenmesinde genelde önemli bir ölçüt oluşturmaktadır. Kalite maliyetlerini, hata ve uygunsuzluk maliyetlerini, kontrol maliyetlerini ve önleme maliyetlerini içermektedir. Kalite maliyetleri, iyileştirme gereken alanların belirlenmesi açısından önemlidir ve genelde direkt işçilik, malzeme ve endirekt işçilik maliyetlerinin karşılaştırılması ile bulunur. Uygunsuzluklardan ve düzeltmelerden kaynaklanan maliyetler bu ölçümün temel unsurlarıdır.

2.3.4 SIPOC Süreç Analiz Yöntemleri

“SIPOC Süreç Analizi”, bir süreçteki aktivitelerin ve görevlerin departman veya iş grubu bazında sistematik bir şekilde tanımlanması işlemidir. SIPOC Süreç Analiz sonuçları ile riskler, değişimin etkileri ve dönüşüm sırasında karşılaşılabilecek zorluklar belirlenerek sebepleri tespit edilebilir. Süreçlerin sistematik bir yapıyla analiz yöntemleri aşağıda belirtilmiştir [25,26,27].

- **Kıyaslama**

Kıyaslama, dünyada mevcut en iyi uygulamaların araştırılması, bulunması, anlaşılması ve sürekli iyileştirme amacı ile işletmeye uyarlanması sürecidir. Kıyaslamanın amacı; işletmenin sektördeki yerini daha iyi anlamak; stratejik hedefleri geliştirmek, gerçekleştirmek; gerçekçi, yapılabilir hedeflere ulaşmak; mükemmellik çalışmaları ile sektöründe en iyi olmaktır.

Uygulama aşamaları:

1. Bilgi paylaşımı sınırlarını (yasallık, gizlilik, kullanım, üçüncü taraf) belirleyin,
2. Kuruluşun kendi süreçlerini tanımlayın,
3. Kuruluş içinde kıyaslama sürecinin işleyişini belirleyin,
4. Sektördeki doğru kıyaslama ortaklarını tespit edin,
5. Kazan-kazan stratejisiyle yöntemler geliştirin.

• Beyin Fırtınası

Beyin Fırtınası, belli bir konuda çok sayıda yaratıcı ve verimli fikir yaratmak için kullanılan genel bir yöntemdir. Kullanılan grafikleme teknikleri kullanıcının dikkatini problemin gerçekten önemli boyutlarına çekmeyi sağlar, beyin fırtınasında problemin çözümünü tüm boyutları ile ve farklı yaklaşımlarla geniş biçimde düşünmek önemlidir. Beyin fırtınasının en önemli özelliği katılımcıların her türlü fikirlerini, herhangi bir endişe olmaksızın söyleyebildiği, bir çeşit fikir jimnastiği ortamı olmasıdır. Bu sayede, yapılan toplantıda her türlü fikir, düşünce veya yöntem konuşularak diğer katılımcılara ilham verebilmekte ve takım çalışması için ortam yaratılabilmektedir.

Beyin fırtınası iki şekilde gerçekleştirilebilir; gruptaki her kişi kendi sırası geldiğinde ya da grup üyeleri akıllarına geldiğinde fikirlerini sıra takip etmeden söyleyebilir.


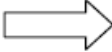


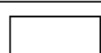

Uygulama Aşamaları:

1. Beyin fırtınası yapılacak konu hakkında herkes hem fikir olsun,
2. Konuyu tahtaya yazın,
3. Her fikri tahtaya veya bir çizelgeye yazın,
4. Asla fikirleri eleştirmeyin,
5. Yazılanları yorumlamadan söyleyenin kelimeleri ile yazın,
6. Fikir çıkmayınca kadar birkaç tur döndürün,
7. Turlar bitince fikirlerin anlaşılması için tartışın.

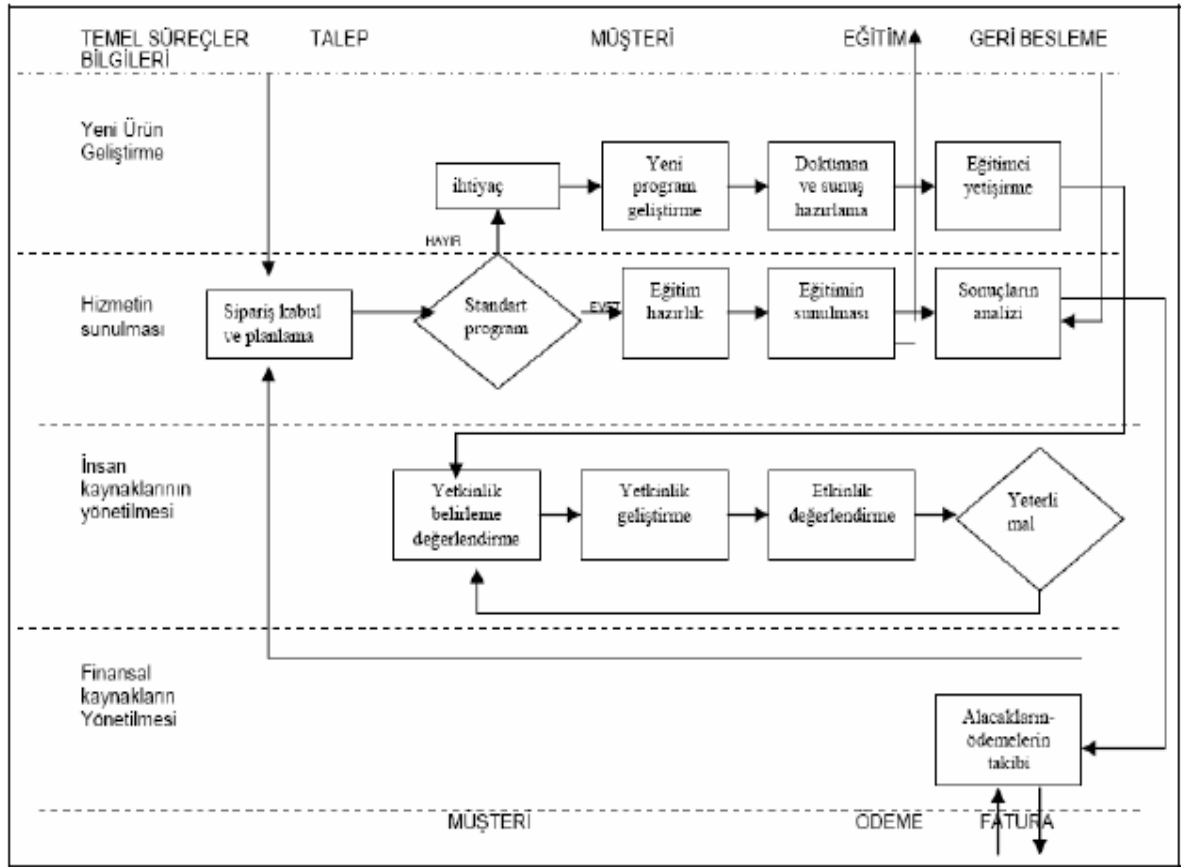
- **Akış Diyagramı**

Bir sistemin akış diyagramı, süreci oluşturan işlemler dizisinin grafiksel bir özetidir. Akış diyagramları, görevin tamamlanması için gereken adımların grafiksel gösterimi sayesinde, sürecin daha iyi ve objektif bakış açısıyla anlaşılmasını sağlar. Akış Diyagramı, SIPOC Süreç Haritalamada işlerin, bunlar arasındaki ilişkilerin ve sıralanmalarının nasıl olduğunu belirlemeye yardım etmektedir.

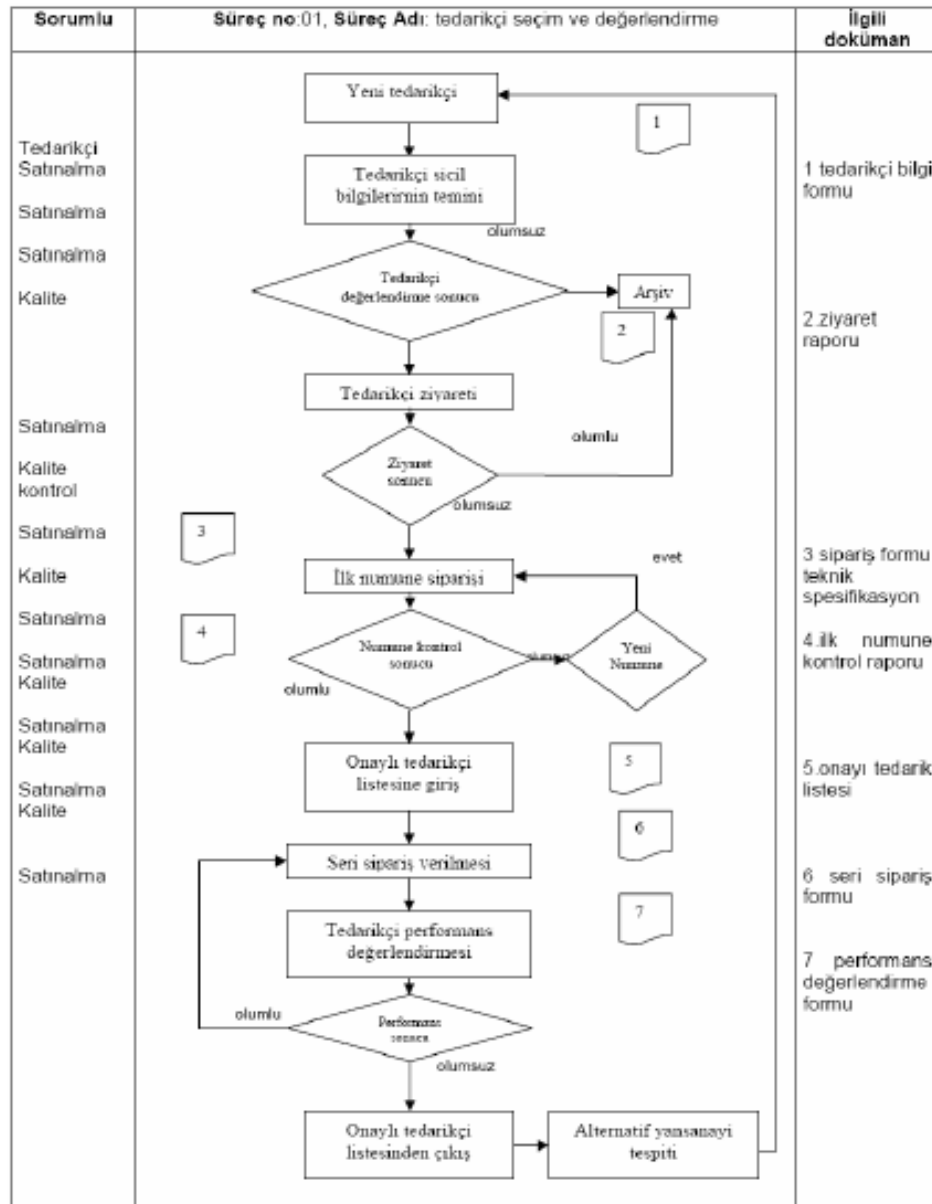
Tablo 2.2 : Akış Diyagramı Sembol ve Tanımları [24]

Sembol	Tanımı	Belirttiği Aktivite
	Başlangıç / Bitiş	Tüm modifikasyonlar ve değiştirmeler
	Taşıma	Ürünü bir iş yerinden başka bir işyerine taşıma
	Geçici stoklama	İşin süreç içinde gecikme veya beklemesi
	Doğrulama	Ürünün standart bir miktar ile mukayesesi
	Kontrol / Muayene	Kararlaştırılan kontrol noktası
	Depolama	Ham veya işlenmiş materyalin işlenmesi

Akış Diyagramlarında, sürecin içindeki adımlar iş sırası ile herhangi bir grupta yapılmadan belirtildiğinde, buna “**iş akış şeması**” denir. İş akış şemalarında aktivitelerin hangi fonksiyonel departman tarafından yapıldığının belirtilmesi durumunda ise “**çapraz - fonksiyonel iş akış şeması**” olarak tanımlanır. Bu tip akış diyagramlarına örnek, Şekil 3.2 ve Şekil 3.3’te gösterilmiştir.



Şekil 2.4: Çapraz Fonksiyonel Akış Diyagramı Örneği [28]



Şekil 2.5: Fonksiyonel İş Akış Diyagramı Örneği [28]

Uygulama Aşamaları:

1. Sürecin yapısını ve sınırlarını tespit edin,
2. Sürecin adımlarını belirleyin ve sıralayın,
3. Uygun sembolleri kullanarak akış diyagramını çizin,
4. Doğruluğunu test edin, son haline getirin,
5. İdeal akışı çizin, farklılıkları iyileştirme fırsatı olarak belirleyin.

2.3.5 SIPOC Süreç İyileştirme Nedenleri

Giderek küreselleşen ve rekabetin her alanda çok yoğun olduğu dünyamızda, müşteri memnuniyetini sağlamanın ve dahası sadık müşteriler yaratmanın önemi herkes tarafından bilinmektedir. Müşteriye sunulan her mal veya hizmet bir sürecin çıktısı olduğuna göre, bu ürün veya hizmeti müşteri istek ve beklentilerine uygun ve firma için minimum maliyetli şekilde çalıştırmak amacıyla sürecin incelenmesi gerekmektedir.

Süreçle ilgili mevcut durumun incelenmesi; verimlilik ve maliyet analizlerinin yapılması, iyileştirmelere nereden başlanacağına ya da hangi süreçlerin iyileştirilmesi ile verimliliğin artacağına doğru olarak saptanması için gereklidir. Çünkü süreç akışında bir dar boğaz var ise iyileştirme faaliyetleri için bu nokta “**kritik süreç**” olarak tespit edilebilir.

Süreçlerin iyileştirilmesi konusunda kitaplar yazmış James Harrington’un yaklaşımına göre, “süreç iyileştirme”de temel kural; iyileştirme çalışmalarına önce büyük kayıplardan başlamaktır, çünkü yapılacak iyileştirmelerin getirisinin daha büyük ve hissedilir olması daha büyük etki yaratacaktır ve diğer gelişimlere ışık tutacaktır. Bu metot aynı zincirdeki en zayıf halkanın saptanmasına ve bu halkayı güçlendirdikten sonra sırasıyla diğer zayıf halkaları güçlendirerek sistemin güçlü hale getirmesine benzer.

İyileştirme için kapsam ve hedeflerin belirlenmesi aşaması üç ana adımdan oluşur: Birinci adımda, sürece genel olarak bakılır. Müşterinin sesi ile sürecin genel sesi arasındaki fark, geliştirme fırsatlarını belirler.

İkinci adımda, süreç fonksiyon bazında incelenir. Kritik fonksiyonel kopukluklar tespit edilir. Bu adımda, ekip edindiği bilgiler ile birinci adımdaki saptamalarını tekrar sorgulayabilir. Üçüncü adımda, birinci ve ikinci adımdaki bilgilere, “kıyaslama” sonuçları, varsayım ve kısıtlar da katılarak hedef ve kapsam belirlemesi yapılır, projelendirilir ve ana süreçler uygun olduğunda alt süreçlere ayrılır.

2.3.6 Süreç İyileştirme Araçları

Süreçleri iyileştirmek için, özellikle üst yönetim ve çalışanların inançlı katılımı gerekir. Süreç iyileştirme iki temel noktaya dayandırılabilir; işletme içi sistemler ve bu sistemleri kullanan çalışanlar. Süreç iyileştirme ile birlikte süreçlerin etkin, verimli, esnek, kapasitesi yüksek ve kısa çevrim zamanı özelliklerine sahip olması amaçlanır. Süreç iyileştirme ekibinin çalışmaları sonucu süreçlerin aşağıdaki belirtilen özelliklerde yapılandırılması hedeflenir:

- Müşteri beklentilerine karşılık veren,
- Anlaşılmalı ve açıkça sahiplenilmiş,
- Ölçülen ve sürekli iyileştirilen.

SIPOC Süreç Haritalama tekniğiyle süreçlerin analizi sonucu karşılaşılan sorunlar ve nedenleri belirlenmiş olur. Bundan sonraki aşamada işletmenin var oluş amaçlarını koruyup, müşteri beklentilerini en üst seviyede karşılamak için çeşitli araçlar kullanılarak çözüm yolları bulunur. Bu araçların sık kullanılanları şunlardır.

- **Sadeleştirme**

Süreç içindeki değer katmayan, gereksiz adımların elenerek veya bir baksa adımla birleştirilerek azaltılmasıdır. Genel olarak aşağıdaki işlemlerden oluşur:

- Faaliyetin gerekliliğinin sorgulanması,
- Değer katmayan aktivitelerin elenmesi,
- Yeniden islemelerin azaltılması,
- Aktivitelerde rol oynayan çalışan sayısının azaltılması.

- **Karar Noktalarının Değiştirilmesi**

Süreçlerdeki kendisinden sonraki adımların işleyişine etki eden “devam et” veya “geri dön” anlamındaki karar noktaları mümkün olduğunca öne taşınmalıdır. Bu işlem gereksiz maliyetlerin engellenmesini sağlayacaktır.

- **Paralel Çalışma**

Birçok uygulamada, bir aktivite bittikten sonra diğeri başlamaktadır. Süreç çevrim zamanının azaltılmasının en önemli yollarından biri aktivitelerin paralel olarak gerçekleştirilmesidir. Böylece hem is gücü kayıpları önlenmiş olur, hem de zaman tasarrufu sağlanır.

- **Basitleştirme**

Eğer süreç benzer işlemlerin değişik şekillerde tekrarlanmasını içeriyor ve bu çıktının karmaşıklığına yol açıyorsa, basitleştirme kullanılır. Temel amaç olası fonksiyonel birleştirmelerin gerçekleştirilmesi ve işlem sıralamalarında düzenlemeye gidilmesidir.

Gerekli durumlarda teknolojik imkânlardan yararlanılabilir. Bu tarz bir çalışmada, fayda maliyet analizi yapılıp, sonucuna göre yatırım gerçekleştirilmelidir.

- **Dış Kaynak Kullanımı**

Süreçte gerçekleştirilmesi süre ve maliyet olarak önemli rol oynayan aktivitelerin süreç dışına taşınarak, bir dış kaynağa devredilmesidir.

- **Yetkilendirme / Takım Çalışması**

Çalışanların, birey veya takım olarak daha fazla adımı gerçekleştirebilecek beceri ve yetkilerle güçlendirilmesini amaçlar. Bu yaklaşımla farklı birey veya takımların yürütmekte olduğu aktiviteler birleştirilerek süreç çevrim zamanı azaltılmış olur. Aşağıdaki yöntemler izlenir:

- İş genişletme
- Çalışanların katılımının sağlanması
- Kontrol ve onay adımlarının azaltılıp oto kontrolün sağlanması
- Yetki ve sorumlulukların artırılıp personelin güçlendirilmesi
- Her problemin kaynağında çözümlenmesi

- Çok fonksiyonlu çalışma gruplarının oluşturulması

- **Rotasyon**

Süreç içerisindeki işleyişte, önceden ön görülen ve / veya ön görülemeyen, genellikle iş akışıyla ilgili sorunlardan dolayı çeşitli aksamalar yaşanabilir. Bu aksamalar genellikle; iş gücü kaybı, verimlilik kaybı, kalite düşüklüğü gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Personelin rotasyon ile güçlendirilmesi işletmelere büyük faydalar sağlar. İş rotasyonu, personele, şirketin amaçlarına genel bir anlayış kazanma, onların farklı şirket fonksiyonlarını anlama, bir ilişki ağı kurma, problem çözme ve karar alma becerilerini artırma konularında yardımcı olur.

- **İş ve Zaman Etüdü Uygulamaları**

Başlangıçta ayrı değerlendirilmelerine rağmen zamanla birbirini tamamlayan bu iki yöntemin amacı istenilen işi yapmak için alternatif yollar bulmak ve bu yolların içinde daha iyi ve basit olanı seçmektir. Özünde aynı amacı taşımalarına karşın yöntemlerin çıkışı ve öncülleri birbirinden farklıdır. Zaman Etüdü 1881 yılında Frederick W. Taylor'ın çalışmalarıyla başladığı bilinmektedir. Bunun yanında iş etüdünün 1885 yılında Frank B. Gilbreth ve eşi Lillian M. Gilbreth'in çalışmalarıyla önem kazandığı bilinmektedir. Ayrı zamanlarda ayrı kişilerin öncülüğünde şekillenen bu iki yöntem özünde aynı şeyi amaçladığı için zamanla birbirini ne kadar tamamladıkları gözlenmiş ve iki yöntem birlikte anılmaya başlanmıştır. İş ve zaman etütleri endüstri mühendisleri veya kalifiye elemanlar tarafından icra edilmeye başlanmış ve böyle süre gelmiştir. Belirli araçlar ve yöntemler kullanılarak uygulanmaktadır. Bu nedenle bu yöntemleri uygulayacak kişilerin belirlenmesi özellikle ayrı bir öneme sahiptir.

Bunun yanında birbirini tamamlayıcı bu iki yöntemi ayrı ayrı değerlendirmek gerekirse, kısaca şu şekilde izah edebilir. İş Etüdü (Çalışma Metodu Dizaynı) belirli bir işi yapmak için en uygun yolu bulmayı amaçlar. Bu metodun içinde çalışan ile işverenin düşünce paralelliğinden, çalışanın iş ortamındaki koşullara varıncaya kadar birçok değişken bulunmaktadır. Zaman Etüdü (Çalışma Ölçümü) belirli bir işin yetişmiş elemanlar tarafından belirli hızlarda ne kadar sürede yapılabileceğini ölçmeyi amaçlamaktadır.

İş ve Zaman Etüdünün genel tanımını ve amacını da 4 başlık halinde şöyle özetlenebilir:

1. Tercih edilen sistemin yada metodun geliştirilmesi için çalışma sistemleri üzerindeki sistematik çalışmadır. Genellikle düşük maliyetli olan sistemin bulunması amaçlanır.
2. Sistem yada metodu standardize etmek için uygulanır.
3. Yetişmiş ve kalifiye bir elemanın normal şartlarda belirli bir işi, belirli hızla tamamlayabilmesi için gerekli sürenin hesaplanması.
4. Çalışanın seçilen yöntemi yada metodu öğrenmesi ve çalışanın bu konuda yetiştirilmesine yardımcı olmaktır.

- **Sistemsal İyileştirmeler**

Teknoloji ağırlıklı bu tip iyileştirmeler genellikle aşağıdaki şekillerde gerçekleştirilmektedir:

- Elle yapılan işlerin otomasyona taşınması, aktivitelerin yazılım içine taşınması
- Bilgi erişiminin ve bilgi işlemin hızlandırılması. Örnek olarak paylaşılan veri tabanlarını verebiliriz.
- Uzman Sistemler kullanımı

2.4 SAĞLIK BAKANLIĞI HİZMET KALİTE STANDARTLARI ANKETİ

Sağlık hizmetlerinin her açıdan daha iyi bir noktaya taşınması için her ülke uluslar arası tecrübeleri de dikkate alarak kendine özgü uygulamalar geliştirmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı olarak 2003 yılında başlatılan çalışmaların bileşenlerinden biri de sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi ve artırılmasıdır. Bundan hareketle bakanlığa bağlı kurumlarda hizmet kalitesinin artırılması amacıyla bir dizi çalışma başlatılmış ve bu kapsamda dönemsel olarak sağlık kurumlarında değerlendirmeye esas bir dizi standart belirlenmiştir. Belirlenen bu standartlar zaman içerisinde gelişerek tüm kurumlarda hizmet sunum şartlarında yönelimi belirlemeye başlamıştır [45].

Bu standartlar arasında yer alan hizmet kalite standartları, hizmetlerin değerlendirilmesinde önemli bir role sahiptir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık

kurumlarında hizmet kalite puanının belirlenebilmesi amacıyla çeşitli sorulardan oluşan bir anket hazırlanmıştır (EK 1)

Bu ankette hastanenin ilgili standartlardan puan alabilmesi için değerlendirilecek hususların tümünü yerine getirmesi gerekir. Değerlendirilecek hususlardan herhangi biri yerine getirilmediği hallerde söz konusu standarda ilişkin puan verilemez.

Her bir standardın yerine getirilme durumuna dair ankette evet, hayır veya değerlendirme dışı seçeneklerine yer verilmiştir. Buna göre;

EVET: Söz konusu standarda ait değerlendirilecek hususların tümünün karşılandığını gösterir.

HAYIR: Söz konusu standarda ait değerlendirilecek hususların veya hususlardan herhangi birinin karşılanmadığını gösterir.

DEĞERLENDİRME DIŞI: Bakanlıkça veya koordinatörlükçe hastanenin bulunduğu hizmet sınıfı dikkate alınarak ilgili hastanede değerlendirilmeyecek olan standartları ifade eder.

Uygulanan anketin değerlendirilmesinde; her bir sorunun puan değeri karşısında belirtilmiştir. Sorunun karşılığı "EVET" ise tam puan "HAYIR" ise sıfır (0) puan olarak değerlendirilir.

Hizmet Kalite Katsayısı = Verilen Toplam Puan/(Toplam Puan-Değerlendirme Dışı Puan Toplamı) şeklinde hesaplanır amaç bu katsayının 1 veya 1'e yakın bir değer çıkmasıdır [47]. Anketin değerlendirilmesi İl Sağlık Müdürlüğü Kalite koordinatörlüğü tarafından yapılmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde, alan araştırması ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Araştırmanın kapsam ve sınırlılıkları ve yöntemi bu bölümde ele alınmaktadır.

3.1 ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLAR

Bu çalışma Eylül 2008 - Temmuz 2009 tarihleri arasında Aydın Zübeyde Hanım Kadın ve Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışma evreninin tek bir hastane ile kısıtlı kalmasının sebebi uygulama gerçekleştirilen hastanenin var olan süreçlerinin iyileştirilmesinin amaçlanmış olmasıdır.

3.2 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmada öncelikle yazın araştırması yapılmıştır. Elde edilen ikincil verilerle çalışmanın I. ve II. Bölümleri oluşturulmuştur. Araştırmada, SIPOC Süreç Haritalama ve anket tekniği uygulanmıştır. Uygulama kısmı Bölüm IV'ü oluşturmaktadır.

Araştırmada, Aydın Zübeyde Hanım Kadın ve Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin tüm faaliyetlerinin incelenerek, "Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesinin Hizmet Kalitesi Standartları" na göre değerlendirilmesi ve puanlandırılması yapıldıktan sonra; SIPOC Süreç Haritalama Tekniği kullanılarak faaliyetlere ilişkin süreçler belirlenerek problemlere odaklanılmıştır. SIPOC Süreç Haritalama Tekniği sonrası süreçler yeniden "Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesinin Hizmet Kalitesi Standartları" na göre değerlendirilmiştir.

3.3 VERİ TOPLAMA VE ÖLÇÜM ARACI

Çalışmada SIPOC Süreç Haritalaması yapılan süreçlerin belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Anketi'nin sonuçlarından yararlanılmıştır [45]. SIPOC Süreç Haritalama uygulamasından önce Aydın Sağlık Müdürlüğü İl Kalite Koordinatörlüğü tarafından yapılan bu anketin sonuçları başlangıç olarak alınmış, SIPOC uygulaması ile

süreçler belirlendikten sonra iyileştirmeler yapılmıştır. Gerçekleştirilen iyileştirmelerde sonra Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları rehberindeki hastaneler için kullanılan anket, Aydın Sağlık Müdürlüğü il kalite koordinatörlüğünce tekrar yapılarak, katsayılardaki değişiklikler yorumlanmıştır.

SIPOC Süreç Haritalama Tekniği uygulaması Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin süreçlerinin işlevsel olarak doğru tanımlanmasını ve birbirini etkileyen süreçlerin belirlenmesini sağlamıştır. Gerçekleştirilen sürekli iyileştirme, süreç akış şeması ve SIPOC Süreç Haritalama ile hastane faaliyetleri puanlandırılmaya ve değerlendirilmeye uygun hale getirilmiştir.

Ölçme aracı olarak Ek 1’de yer alan Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberinde yer alan anket kullanılmıştır.

Elde edilen anket sonuçlarına göre kurumsal hizmet kalite katsayısı ve kurum verimlilik katsayıları hesaplanmıştır.

3.4 ETİK KURUL ONAYI

“Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde SIPOC Süreç Haritalama Tekniği Kullanılarak Kalite Yönetim Sistemi Basamaklarında Sürekli İyileştirme Uygulamaları” isimli projenin uygulanmasına etik açıdan sakınca olmadığına Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurulu 16.01.2009 tarih ve 15 sayılı ile kararı onay verilmiştir.

BULGULAR

4.1 SIPOC SÜREÇ HARİTALAMA TEKNİĞİNİN UYGULANMASI ÖNCESİ AYDIN ZÜBEYDE HANIM KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİNDE ELDE EDİLEN BULGULAR

Süreç iyileştirme tekniği olarak SIPOC Süreç Haritalama tekniği kullanılan Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde, Sağlık Bakanlığı “Hizmet Kalite Standartları Anketi” yapılacak olan iyileştirme çalışmalarından önce hastane genelindeki durumu tespit etmek amacıyla uygulanmıştır. Uygulanan bu anket sonucu aşağıda yer alan bulgular bulunmuştur (EK 1).

4.1.1 Poliklinik Hizmetlerinde SIPOC Süreç Haritalama Öncesi Durum

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi poliklinik hizmetlerinde SIPOC süreç haritalama öncesi uygulanan anket sonucu şu bulgular bulunmuştur.

- **Hasta kayıt birimi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamamaktadır:**
 - Hasta kayıt biriminin, her yönden kolayca fark edilebilen ve okunabilen bir tabelası bulunmamaktadır.
 - Hasta kayıt birimi, hasta ile doğrudan iletişimi sağlayacak biçimde üstü ve etrafı açık (camekân veya benzeri bir bariyerin olmadığı) masa ve sandalyelerden oluşan ve hasta ile karşılıklı oturulabilir bir tasarımda değildir.
 - Hasta kayıt biriminde hastanede verilen hizmetlerin tanıtımı ile ilgili kitapçık ve broşürler bulundurulmamaktadır.
 - Hasta kayıt birimine ilişkin alanlarda yeterli oturma grupları bulunmamaktadır.
 - Yaşlılar ve engelli vatandaşların öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmamıştır.
 - Hasta kayıt biriminde görevlendirilecek personel sayısı polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen esaslara göre düzenlenmemiştir.

- Hasta kayıt birimi görevlisine, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda hizmet içi eğitim verilmemektedir.
- Yaşlılar, engelli vatandaşlar ve sağlık çalışanlarının işlemlerinin öncelikli olarak yapılmasına ilişkin düzenleme yapılmamıştır.
- Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri, kurum çalışanları ve mevcut uygulamalar (hekim seçme uygulaması) hakkında detaylı bilgiye sahip değildir.
- **Danışma birimi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamamaktadır.**
 - Danışma biriminde görevlendirilecek personel sayısı polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen esaslara göre düzenlenmemiştir.
 - Danışma birimi görevlisine, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda hizmet içi eğitim verilmemektedir.
 - Güncel kurum bilgi rehberi (kurum krokisi, sunulan hizmetler, birim ve çalışan erişim bilgileri) danışma biriminde bulundurulmamaktadır.
 - Danışma görevlileri diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymemekte ve yaka kartı takmamaktadır.
- **Hastane, karşılama ve yönlendirme hizmetlerini yeterli bir şekilde sunulmamaktadır.**
 - Poliklinik bekleme alanlarında hastaneye başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen sayıda oturma grupları oluşturulmamıştır.
 - Hastane ana binası ve tüm birimlerde yönlendirme levhaları (okunabilir, görülebilir büyüklükte ve duvar renginden ayırt edilebilir renklerde) değildir.
 - Yönlendirmeler işlevsel değildir.
 - Karşılama ve yönlendirme hizmetleri için görevlendirilecek personel sayısı polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen esaslara göre düzenlenmemiştir.

- Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan her görevliye uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler konularında hizmet içi eğitim verilmemektedir.
 - Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan her görevli diğer personelden ayırt edilebilen kıyafet giymemekte ve yaka kartı takmamaktadır.
 - Poliklinik girişleri, kat girişleri ve asansör çıkışları karşısında okunabilir boyutta ve ayırt edilebilir renklerde hastane krokileri yoktur.
 - Hastane sunduğu hizmetler, çalışma saatleri ve nasıl hizmet alınabileceği konusunda etkili bir bilgilendirme yapmamaktadır. (web sitesi, broşür, tanıtım filmleri, panolar, basın yayın yoluyla bilgilendirme gibi).
 - Engelliler için düzenlemeler yapılmamıştır. (asansörlerde, hastane içi dışı rampalar, engelli tuvaletleri, otopark, vb.).
 - Engellilere tanınan öncelikleri belirten tabelalar kolaylıkla görülebilecek yerlerde bulundurulmamaktadır.
 - Hastaların hizmet aldığı bölümler (laboratuvar, görüntüleme, kat sekreterliği, numune verme, sonuç verme yerleri, vb) camekan veya benzeri bariyerin olmadığı bir tasarımda değildir.
- **Poliklinik hizmetleri belirlenen sürede verilmemektedir.**
 - Hasta kayıt biriminde hastanın gün içinde muayene olacağı zaman dilimi belirlenmemiştir. Belirlenen zaman dilimi saatlik (en fazla 1 saat) olarak düzenlenmemiştir.
 - Yaşlılar, engelli vatandaşlar ile sağlık çalışanları için muayene önceliği sağlanmamıştır.
 - Kan alma birimlerinde hasta bekleme süreleri Bakanlıkça belirlenen sürelerde değildir.
- **Polikliniklerde hasta mahremiyetine yeterince önem verilmelidir.**
 - Poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmaktadır.
 - Poliklinik odasında hasta varken, odada görevli personel dışında başka kimseler (hasta yakını hariç) vardır.

- **Hastaların hekim seçebilmelerine yönelik bir düzenleme yapılmamıştır.**
 - Hekim seçme logosu hastane girişine, poliklinik katına ve hastaların görebileceği yerlere asılmamıştır.
 - Hasta kabul/kayıt masası veya birimlerinde hizmet veren branş doktor/doktorlarının listesi ve doktorların çalışma takvimi bulunmamaktadır.
 - Her klinisyene en az bir muayene odası tahsis edilmemiştir.

- **Doktor odaları (muayene odaları) gereken şartları karşılamamaktadır.**
 - Poliklinik oda kapılarına doktorun adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanını belirten tabela asılmamıştır.
 - Muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması için gerekli önlemler alınmamıştır.
 - Her doktor odasında el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulundurulmamaktadır.
 - Her poliklinikte muayene olacak hastaların ismi veya sıra numarasının görülebilmesi için her bir polikliniğin dışına uygun elektronik sistem konulmalı ve çalışır durumda değildir.
 - Her kadın hastalıkları ve doğum poliklinik odası için bir ultrasonografi cihazı tahsis edilmemiştir.

- **Hastane, bebek bakımı ve emzirme odası ile ilgili düzenlemelere sahip değildir.**
 - Polikliniklerde bebek bakım ve emzirme odası bulunmamaktadır.
 - Emzirme odasında masa ve oturma grubu bulunmamaktadır.
 - Emzirme odasında emzirme afiş ve broşürü bulunmamaktadır.
 - Emzirme odasında alt değiştirme yeri bulunmamaktadır.
 - Emzirme odasında lavabo yoktur.

4.1.2 Laboratuvar Hizmetlerinde SIPOC Süreç Haritalama Öncesi Durum

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi laboratuvar hizmetlerinde SIPOC süreç haritalama öncesi uygulanan anket sonucu aşağıdaki bulgular bulunmuştur.

- **Laboratuvarlar hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamamaktadır.**
 - Numune kabul ve red kriterleri tanımlanmamıştır.
 - Numunelerin toplanması ve güvenli transferine ilişkin talimat bulunmamaktadır.
 - Panik değer bildirim talimatı bulunmamaktadır.
 - Tahlil/tetkik sonuçları belirlenen sürelerde verilmemektedir. (Acil testler tanımlanmamış ve sonuç verme süreleri hakkında hastaları bilgilendirecek düzenlemeler yapılmamıştır).
 - Kit verimlilik hesaplaması yapılmamıştır.
 - Laboratuvar cihazlarının yönetimine ilişkin talimat bulunmamaktadır.
 - Buzdolaplarının kalibre edilmiş termometreler aracılığıyla ısı takipleri yapılmamaktadır.
 - Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon talimatları bulunmamaktadır.
 - Laboratuvar bölümlerinde (Eliza, Biyokimya, Hormon vb.) çalışan personele çalışacağı cihazın kullanımı ve testlerin çalışılması ile ilgili eğitim verilmemektedir.
 - Laboratuvarların tüm süreçlerine ilişkin işleyiş prosedürü bulunmamaktadır.
 - Laboratuvar güvenlik prosedürü bulunmamaktadır.
 - Hastanede hasta başı test cihazlarının (POCT) kalite kontrol işlemleri yapılarak sonuçları değerlendirilmemektedir.

4.1.3 Görüntüleme Hizmetlerinde SIPOC Süreç Haritalama Öncesi Durum

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ameliyathane hizmetlerinde SIPOC Süreç Haritalama öncesi uygulanan anket sonucu aşağıdaki bulgular bulunmuştur.

- **Tetkik sonuçları (CT, MR ve ultrason vb.) için süreç tanımlanmamıştır.**
 - Ultrasonografi raporları Bakanlıkça belirlenen sürelerde verilmemektedir.
 - Ultrasonografi randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmemektedir.

- Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı bulunmamaktadır.
 - Tüm görüntüleme cihazlarının bakım ve kalibrasyonları bir plan dahilinde yapılmamaktadır.
 - Tekrar edilen çekim sayıları tespit edilerek, düzeltici ve önleyici çalışmalar yapılmamaktadır.
- **Radyoloji ünitesi hizmet sunumu için gerekli şartları taşımamaktadır.**
 - Radyoloji ünitesinde çalışan personel kurşun yelek kullanmamaktadır.
 - Radyoloji ünitesinde bulunan kurşun yelekler uygun nitelikte değildir.

4.1.4 Ameliyathane Hizmetlerinde SIPOC Süreç Haritalama Öncesi Durum

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ameliyathane hizmetlerinde SIPOC süreç haritalama öncesi uygulanan anket sonucu aşağıdaki bulgular bulunmuştur.

- **Ameliyathane hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamamaktadır.**
 - Ameliyathanedeki tüm süreçlerin işleyişine ilişkin prosedür bulunmamaktadır.
 - Ameliyathanelerde hasta ve personel girişi ayrı değildir.
 - Ameliyathane salonu ve yan hacimlerinin bulunduğu steril alanlarında, pencere ve kapılar dış ortama açılmamalı ve bu alanlarda tuvalet bulunmamaktadır.
 - Ameliyathanelerde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmamaktadır.
 - Ameliyathanedeki tüm cihazların bağlandığı prizler, elektrik kesintisinde jeneratör devreye girinceye kadar enerji ihtiyacını karşılamak üzere UPS'lerle(eksternal veya internal) beslenmemektedir.
 - UPS'lerin düzenli olarak bakım ve kontrolü yapılmamaktadır.
 - Hasta yakınları için ameliyathanedeki hastalarıyla ilgili bilgi alabilecekleri bekleme alanları bulunmamaktadır.

- Ameliyathanede kullanılan tüm ilaçların ve anestezi ajanlarının kritik stok seviyeleri ve miad takipleri otomasyon sistemi üzerinden yapılmamaktadır.
- Ameliyathanede kullanılan tüm sarf malzemelerinin kritik stok seviyeleri belirlenerek miad takipleri yapılmamaktadır.

4.1.5 Klinik Hizmetlerinde SIPOC Süreç Haritalama Öncesi Durum

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi klinik hizmetlerinde SIPOC süreç haritalama öncesi uygulanan anket sonucu aşağıdaki bulgular bulunmuştur.

- **Kliniklerde Kardio Pulmoner Resüsitasyon uygulaması için gerekli düzenlemeler yapılmamaktadır.**
- **Acil ilaç arabalarında bulunması gereken ilaçların ve miktarlarının bir listesi yoktur, düzenli olarak kontrolleri yapılmamaktadır.**
- **Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar için güvenlik düzenlemeleri yapılmamaktadır.**
- **Klinik/Servislerin temizlik işlemlerine dair düzenlemeler yapılmamaktadır.**
 - Klinikte yer alan tüm tuvalet ve banyoların temizlikleri düzenli olarak kontrol edilmemektedir ve temizliklerinin yapıldığına dair kontrol çizelgeleri yoktur.
 - Lavabo, tuvalet ve banyolarda sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu gibi materyal bulundurulmamaktadır.
- **Hasta odaları hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamamaktadır.**
 - Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmamaktadır. Hasta başı paneli bulunmayan odalarda iki hasta yatağı başına bir adet düşecek şekilde seyyar gaz tüpleri bulundurulmamaktadır.
 - Klinik/servislerde hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde çağrı sistemi bulunmamaktadır.

- Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan, vb.) yapılmamıştır.
 - Yatakbaşı bağlantılı çağrı sistemi bulunmamaktadır.
 - Hastane yataklarının kullanımı (hasta yatışları) ile ilgili bir prosedür bulunmamaktadır.
- **Refakatçi ve hasta yakınları için gerekli düzenlemeler yapılmamıştır.**
 - **Hasta ve yakınlarının eğitimine dair bir sistem oluşturulmamıştır.**
 - **Kliniklerdeki tıbbi cihazların (defibrilatör, EKG, tansiyon aleti, vb.) kalibrasyon işlemleri yapılmamaktadır.**

4.1.6 Yoğun Bakım Ünitelerinde SIPOC Süreç Haritalama Öncesi Durum

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde SIPOC süreç haritalama öncesi uygulanan anket sonucu aşağıdaki bulgular bulunmuştur.

- **Yoğun bakım üniteleri hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamamaktadır.**
 - Yoğun bakım süreçlerine ilişkin işleyiş prosedürü hazırlanmamıştır.
 - Yoğun bakım üniteleri için hasta kabul kriterleri tanımlanmamıştır.
 - Yatak başı tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli çalışır durumda değildir.
 - Yoğun bakım ünitesindeki teşhis, tedavi, müdahale, ölçme ve izleme cihazları (ventilatörler, monitörler, defibrilatörler vb.) için bakım ve kalibrasyon işlemleri yapılmamaktadır.
 - Yoğun bakım ünitelerinde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmamaktadır.
 - Yoğun bakım ünitelerinde tüm yüzeyler kolay silinebilir, dezenfekte edilebilir ve bakteri tutmayan nitelikte değildir.
 - Yoğun bakım üniteleri, hastaların görevli sağlık personeli tarafından sürekli gözetim ve izlenmesine uygun olarak düzenlenmemiştir.
 - Yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler (perde, paravan) bulunmamaktadır.

- Hasta yakınları için uygun şartları taşıyan bekleme alanları bulunmamaktadır.
 - Hasta yakınlarının bilgilendirilmesine yönelik bir talimat hazırlanmalı ve hasta yakınlarının görebileceği yerlere asılarak bilgilendirme yapılmamaktadır.
 - Yoğun bakım ünitelerinde izolasyon odası(ları) bulunmamaktadır.
 - Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalı ve içindeki ekipman çalışır durumda değildir.
- **Organ bağış birimi oluşturulmamıştır.**
 - Hastanede organ bağışını teşvik edecek etkinlik, afiş, broşür, vb çalışmalar yapılmamıştır.
 - Hasta ve yakınlarına organ bağışı konusunda eğitimler verilmemiştir.

4.1.5 Acil Servis Hizmetlerinde SIPOC Süreç Haritalama Öncesi Durum

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi acil servis hizmetlerinde SIPOC süreç haritalama öncesi uygulanan anket sonucu aşağıdaki bulgular bulunmuştur.

- **Acil servis hizmet sunumu için gerekli şartları karşılanmamaktadır.**
 - Hastane dışında acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı tabela ve yönlendirici işaretler bulunmamaktadır.
 - Acil servis giriş tabelası, hastane dışından görülebilir değildir ve ambulans veya diğer araçların ulaşımının kolay olduğu ayrı bir girişi bulunmamaktadır.
 - Acil servis girişi, engelli vatandaşlar için erişimi kolaylaştırıcı uygun şartları taşımamaktadır.
 - Acil servis girişinde hasta transferini kolaylaştırıcı önlemler alınmamıştır.
 - Acil servis süreçlerinin işleyişine ilişkin prosedür hazırlanmamıştır.
 - Acil serviste, çalışır durumda sedyeler ve tekerlekli sandalyeler bulunmamaktadır.
 - Ayrı bir resüsitasyon odası bulunmamaktadır.
 - Odalardaki her yatak başında oksijen ve vakum paneli olmalıdır; bu şart karşılanmadığı takdirde her iki yatağa bir tane düşecek şekilde mobil oksijen tüpleri ve vakum cihazları bulunmamaktadır.

- Muayene, müdahale ve müşahede odalarında hasta mahremiyetine yönelik düzenleme bulunmamaktadır (perde, paravanla ayırma gibi).
- Acil müdahale ekipmanının bulunduğu etejer/el arabası hazırlanmamıştır.
- Müşahede yataklarında hastanın rahatlıkla ulaşabileceği çağrı zili/düğmesi bulunmamaktadır.
- Acil serviste çalışan sağlık hizmetleri sınıfı personeline CPR (Kardiy Pulmoner Resusitasyon) eğitimi verilmemektedir.
- Acilde çalışan personelin unvan ve iletişim (unvan, telefon, adres, vb) bilgileri kayıtlı değildir.
- Yazılı olarak tanımlanmış ve etkili olarak uygulanan bir triaj sistemi bulunmamaktadır.
- Acil servisten başka bir merkeze sevk edilen hastalar için acil serviste gerçekleştirilen tıbbi müdahaleler hakkında bilgi veren hasta nakil notları verilmemektedir.
- Müşahade odalarında hasta kalış sürelerine ilişkin kayıtlar tutularak gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler yapılmamaktadır.
- Kritik hastaların acil serviste kaldığı süre boyunca izleminin yapılabileceği monitorize bir alan bulunmamaktadır.
- Bulunması gereken temel ilaçlar listesi oluşturulmalı; kritik stok seviyeleri ve miad takipleri otomasyon sistemi üzerinden yapılmamaktadır.
- Acil serviste kullanılan tüm sarf malzemelerinin kritik stok seviyeleri belirlenerek miad takipleri yapılmamaktadır.
- Acil servise konsültan doktor çağırma ve konsültan doktorun acil servise geliş saatleri kayıt altına alınmamaktadır.
- Tuvaletler temiz tutulmalı ve tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, poşetli çöp kutusu yoktur.
- Acil serviste danışma birimi nitelik ve konum olarak hizmet vermeye uygun değildir.
- Acil çalışılan tetkik/tahlil işlemlerinin sonuçlanma süreleri tespit edilmemiş ve acil servis personel odalarına ve acil servis panosuna asılmamıştır.
- Sosyal güvencesi olmayan hastaların muayene, tedavi ve bakımına yönelik talimat bulunmamaktadır.

- Müşahede altına alınan hastalar için Ordera; ilaç adı, dozu, zamanı, uygulama şeklini içerecek biçimde okunaklı olarak doktor tarafından tarih, saat belirtilerek ve kaşe kullanılarak yazılmamaktadır.
- Müşahede altına alınan hastalar için Orderı alan, uygulayan sağlık personeli kendi ad-soyadı, orderı aldığı tarih ve saatini yazarak imzalamamaktadır.
- Acil servislerde boyunluk/boyunluklar bulundurulmamaktadır.

4.2 SIPOC SÜREÇ HARİTALAMA TEKNİĞİNİN UYGULANMASINA KARAR VERİLMESİ SONRASI AYDIN ZÜBEYDE HANIM KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİNDE YAPILAN DÜZENLEMELER

4.2.1 Süreç İyileştirme Çalışmalarına Başlama Kararı Alınması

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde hizmet veren birimlerin birbirleriyle etkileşim ve ilişki içinde buldukları süreçlerde birçok karışıklık yaşanmakta ve çalışanların görev tanımları net olarak belirtilmediği için hizmette zaman zaman aksamalar meydana gelmekte olduğu yapılan süreç iyileştirme çalışmaları öncesinde saptanmıştır.

Süreçler tam olarak tanımlanmamış olduğundan, hizmeti yerine getirmesi gereken çalışan yerine zaman zaman başka bir çalışanın görevi yerine getirdiği durumlar tespit edilmiştir. Örneğin hekimin yerine hemşirenin orderı yazması, hemşire yerine hizmetli personelin hastanın ilacını vermesi, tetkik için alınan numunenin üstüne hizmetli personelin yazması, hastayı temizlik personelinin ameliyathaneye teslim etmesi ve yine hizmetli personelin hastayı teslim alması gibi tıbbi ve hukuki sonuçlara sebep olunan durumlar yaşanmıştır.

Sürekli iyileştirme çalışmalarına başlanmadan önce; tıbbi cihazların kalibrasyonları düzenli olmadığı gibi çalışma ve bakım talimatları ve kimlerin kullanacağı net olarak belli olmadığı tespit edilmiştir. Hizmetli personele düzenli olarak eğitimler verilmemekteydi. Solüsyon hazırlama, yer ve yüzey temizliği gibi yazılı olması gereken talimatlar yazılı olarak mevcut olmadığı gözlenmiştir.

Çalışanlarda (Hemşire, doktor, memur ve hizmetli personel vs hasta ile iletişim kuran tüm çalışanlar) hasta, çalışan güvenliği, hasta ve yakınları memnuniyeti, görev sorumlulukları ilgili bilinç yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır. Bu konuda hasta ve yakınlarından şikayetler gelmiş ve uygulamada karışıklıklar, sorun çıktığında kimin veya neden olduğuna dair belirsizlikler ortaya çıkmıştır.

Malzeme temini konusunda da planlama yapılmadığından; çalışanlar zamanında malzeme isteği yapamıyor, çoğu zaman malzeme istendiğinde depoda olmadığı fark ediliyordu. Düzensiz istemler, niteliği net olarak belirtilmemiş malzemelerin alım sürecinde de problemler yaşanıyor, kabul ve muayene aşamasında sorunlar çıkıyor, değiştirmeler yapılıyor, bazen de alındığından altı ay sonra alınan malzemenin istenen malzeme olmadığı anlaşılıyordu. Taleplerdeki belirsizlik bazen malzememin hemen bitmesine, bazen de kullanım tarihi geçtiğinden kullanılmayarak imhasına neden olabiliyordu.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler “Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi” (EK -1)'de yer alan kriterlere göre değerlendirilerek hastanelere hizmet kalite puanı verilmektedir. Verilen bu puanlara göre verimlilikleri tespit edilmekte ve hesaplanan bu oranlar hastanelerin personele yaptıkları ek ödemeleri olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir.

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi bu kriterlere göre bir çok fiziki, hizmete yönelik ve eğitim eksikliği bulunduğundan dolayı kalite puanı ve verimlilik oranları diğer hastanelere göre düşük çıkmaktaydı. Bu durum hem yönetimi hem de hastane personelini olumsuz etkilediğinden ve aynı zamanda hizmette kaliteyi dolayısıyla hem hasta memnuniyetini artırmak, hem de Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartlarına göre Hizmet Kalite Katsayısı ve verimlilik oranını artırmak amacıyla “Kalite Eğitim Danışmanlığı” hizmeti alımına karar verilmiştir.

4.2.2 Kalite Eğitim Danışmanlığı Hizmeti Satın Alınması

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kalite Eğitim hizmeti ve danışmanlığı veren profesyonel şirketlerden 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamında hizmet alım ihalesi açarak “Kalite Eğitim Danışmanlığı” hizmeti almaya karar

vermiştir. Açılan ihale sonucu, ihale şartlarını yerine getiren istekli danışmanlık firmalarından ihale komisyonunca ihale birincisi olarak ilan edilen firma ile sözleşme imzalanmıştır. Eğitim ve Danışmanlık hizmeti işinin süresi imzalan sözleşmede ihaleye uygun olarak 6 ay olarak belirlenmiş ve Kalite Eğitimi Danışmanlığı hizmeti alınmaya başlanmıştır.

4.2.3 Kalite Eğitim Çalışmaları Kapsamında Yapılan Faaliyetler

Alınan Kalite Eğitimi Danışmanlığı kapsamında, Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi bünyesinde ilk olarak bir Kalite Yönetim Birimi ve komisyonu oluşturulmuştur. Kadın doğum hastalıkları uzmanı hekim, hastane müdürü, pratisyen hekim, hastane müdür yardımcısı, başhemşire yardımcısı, tıbbi sekreter' den meydana gelen bu ekip gerçekleştirilen tüm toplantılara katılmış ve kalite çalışmanın tüm dokümanlarını düzenlemiş ve sorumluluğunu yürütmüştür.

Yapılan tüm toplantılara kalite komisyonuna ilaveten ilgili birimin sorumlusu da bizzat katılmıştır. Böylece yasal mevzuat doğrultusunda tüm birimlerin süreç haritaları çıkarılmıştır. Çıkarılan süreç haritalarına uygun olacak şekilde, birimlerde kullanılan tıbbi cihazların kullanım talimatları, çalışanların görev tanımları, prosedürler ilgililerin kolayca ulaşabileceği yerlere konulmuştur.

Kullanılan tüm tıbbi cihazların kalibrasyonu yetkili firmalara yaptırılmış, kullanıcılara takip sorumluluğu verilmiştir. Ayrıca ISO 9001:2000 Temel Bilgilendirme Eğitimi, ISO 19011 İç Denetçi Eğitimi, Basınç Kalibrasyonu, Genel Metroloji ve Kalibrasyon Eğitimi, Isı Kalibrasyonu eğitimleri ilgililere sertifikalı olarak verilmesi sağlanmıştır.

Yapılan bu çalışmalar süresince bir kez İç Denetim gerçekleştirilmiş. Yapılan bu iç denetim sonucu, düzeltici/önleyici faaliyetler gerçekleştirilmiş ve gerekli düzenlemeler yapılarak, aksaklıkların ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır.

Yapılan fiziki düzenlemeler sonucunda birimler daha rahat işler hale gelmiş, çalışanlar rahatlatılmıştır. Danışma ve dinlenme bölümleri açılarak hasta ve yakınların memnuniyeti sağlanmıştır. Tetkik için numune nakillerinde ve kabullerinde getirilen standartlar sonucunda

hatalar en aza inmiş, bu konuda oluşan sorunlarda direkt sorumluların haberdar olması sağlanmıştır.

Tüm bu çalışmalarla beraber hastane bilgi sistemi otomasyonu programına kalite modülünün eklenmesi sağlanmıştır. Bu sayede kalite politikası tüm birimlerin ekranında yer almıştır. Ayrıca tüm birimlerin dokümanları bu modülden ulaşılabilir hale getirilmiştir. Tetkik istemleri, malzeme talepleri, duyurular da hastane bilgi sistemi otomasyonu programı modülünden yapılabildiği için kırtasiye işlemleri ortadan kalkmıştır.

Malzeme istemleri acil ve haftalık olmak üzere düzenlendiğinden işlemler daha düzenli olarak takip edilmektedir. Genel duyuru ve mesajlar personele hızlı bir şekilde ulaştırılabilmektedir.

4.3 SIPOC SÜREÇ HARİTALAMA UYGULAMASI

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kalite Yönetim birimi (Hastane Müdürü, Kalite Doküman Sorumlusu, Sekreter, Kadın Doğum uzmanı, Pratisyen hekim, başhemşire yardımcısı) hangi birimde uygulama yapılacaksa o birimin sorumlu personeli olmak üzere uygulama ekibi oluşturulmuştur.

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi birimlerin süreç haritası (Ek 3) kalite çalışmaları kapsamında hazırlanmıştır. Hazırlanan bu süreç haritalarından Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği Proses Akış Şeması, Acil Polikliniği Proses Akış Şeması, Yataklı Tedavi Hizmetleri Proses Akış Şeması, Ameliyathane Proses Akış Şeması, Laboratuvar Proses Akış Şeması, Doğumhane Akış Şeması ve Yeni Doğan Ünitesi Proses Akış Şemaları Akış Şeması ele alınarak bu süreçlerin SIPOC haritalandırılması yapılmıştır (Ek 3).

Gerçekleştirilen SIPOC süreç haritalandırmada her bir süreç akış şeması incelenerek yapılan akış şeması; Tedarikçiler (S), Girdiler (I), Süreç (P), Çıktılar (O) ve Müşteriler (C) olmak üzere 5 ayrı bölüme ayrılarak SIPOC süreç tablosu oluşturulmuştur (Ek 3).

4.4 KURUMSAL PERFORMANS KATSAYISININ BULUNMASI

Gerçekleştirilen kalite ve süreç iyileştirmeleri çalışmalarından önce kurum performans katsayısı Ek 3 Tablo 4.15 de yer alan değerlerden yararlanılarak aşağıdaki şekilde hesaplanmıştır:

Kurumsal Performans Katsayısı = (Muayene Erişim Katsayısı+Kurum Altyapı ve Süreç Değerlendirme Katsayısı+Hasta ve Yakınları Anket Katsayısı+ Kurum Verimlilik Katsayısı+Kurum Hedef Katsayısı) /5

$$\begin{aligned}\text{Kurumsal Performans Katsayısı} &= (1,00+0,2648+0,945+0,979+0,887) /5 \\ &= 4,0758/5 \\ &= 0.815\end{aligned}$$

Gerçekleştirilen kalite ve süreç iyileştirmeleri çalışmalarından sonra kurum performans katsayısı Ek 3 Tablo 4.16 de yer alan değerlerden yararlanılarak aşağıdaki şekilde hesaplanmıştır:

Kurumsal Performans Katsayısı = (Muayene Erişim Katsayısı+Hizmet Kalite Katsayısı+Memnuniyet Katsayısı+ Kurum Verimlilik Katsayısı) / 4

$$\begin{aligned}\text{Kurumsal Performans Katsayısı} &= (1,00+0,9649+0,9468+0,90)/4 \\ &= 3,8117/4 \\ &= 0,9529\end{aligned}$$

Ek 3 Tablo 4.15'deki Hizmet Kalite Katsayısı dışındaki bütün parametreler kurum istatistiki verilerinden alınmıştır. Hizmet Kalite Katsayısı (önceki adıyla; Kurum Altyapı ve Süreç Değerlendirme Katsayısı) ölçümünü yaptığımız anketin değerlendirmesidir.

TARTIŞMA

5. TARTIŞMA

Aydın ilinde hizmet veren Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin tüm faaliyetleri Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesinin Hizmet Kalitesi Standartları'na uygun hale getirmek için gerçekleştirilen bu çalışma ile incelenerek süreçler yeniden oluşturulmuştur.

Gerçekleştirilen sürekli iyileştirme, süreç akış şeması ve SIPOC Süreç Haritalama ile hastane faaliyetleri puanlandırılmaya ve değerlendirilmeye uygun hale getirilerek daha önce var olan problemler ortadan kaldırılmıştır.

Yapılan uygulamada süreçleri iyileştirirken SIPOC Süreç Haritalama tekniğinden faydalanılmıştır. Yapılan iyileştirmeler öncesi ve sonrası ayrı ayrı Sağlık Bakanlığı Hizmette Kalite Standartları rehberinde yer alan anket uygulanmıştır (EK 1).

Elde edilen anket sonuçlarına göre hesaplanan kurum hizmet kalite katsayısı ve kurumsal performans katsayılarında önemli iyileşmeler sağlanmıştır. Faaliyetlerde yapılan iyileştirmeler sonucunda kurum kalite hizmet puanı ve kurumsal performans katsayılarında gerçekleşen artışlar, hastane çalışanlarının aldığı döner sermaye paylarına olumlu katkı yapmıştır.

Ülkemize hastane işletmelerinde hizmet kalitesinin iyileştirilmesi üzerine geçmiş yıllarda yapılan çalışmalar incelendiğinde daha önce gerçekleştirilen çalışmalarda bulunan sonuçların çalışmamızın ortaya koyduğu sonuçları destekler nitelikte oldukları görülmektedir.

Gedikli'nin 1998 yılında gerçekleştirdiği araştırma sonucuna göre sağlık sektöründe kaliteli hizmet verilmesinde personel faktörünün önemli bir faktör olduğu bulunmuştur [38]. Karahan'ın 2000 yılında yaptığı çalışmada kamuya ait sağlık işletmelerinde görülen problemlerin çözümün toplam kalite ilkelerinin uygulanması ile çözüleceğine işaret edilmektedir [39]. Duran'ın 2007 yılında gerçekleştirdiği çalışmada ise sağlık hizmet kalitesinin üst yönetimin liderliğinden, örgütsel işbirliğinden, teknoloji liderliğinden, işgücü

motivasyonundan, işgücünün gelişiminden, sürekli iyileştirme için bilgi analizinden ve hastane kalite performansından doğrudan ve pozitif olarak etkilendiği bulunmuştur [40]. Demirel tarafından 2008 yılında yapılan araştırmada yataklı tedavi kurumlarında kaliteyi artırma çalışmalarına hız verilmesi ve Toplam Kalite Yönetim Felsefesini tüm personele aşılmasıyla sağlık sektöründe hizmet kalitesinin sürekli daha iyiye götüreceği tespit edilmiştir [41].

Hastanelerde daha önce yapılan “Sürekli İyileştirme Çalışmaları”na bakıldığında farklı yöntemler izlendiği görülmektedir. Sağlık sorunlarının çözülmesi için bir hastane polikliniğine başvuruda bulunan bir hasta, tanı ve tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü bir süreçten geçmektedir. Poliklinik yönetiminin görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi için kaynaklara (hekim, hemşire, uygun çalışma ortamı, araç gereç, enformasyon, sarf malzemeleri vb.) gereksinimi vardır. Tanı ve tedavi süreci sonunda hastanın sorunlarına çözüm yolları bulunması veya farklı bir prosese (yatırılarak tedavi, hastalığa özel bir sağlık kuruluşuna havalesi vb.) gönderilmesi gerekebilir. Her süreçte bireyin sağlık sorunlarının karşılanmasında arzu edilen bir sonuç elde edilebilmesi için girdi özelliklerinin iyi belirlenmesi gerekmektedir [42].

Hastane Üst Yönetimi, hizmetin gereklerini, geliştirme planlarını ve kontrollerini içeren aşamaları, hedefleri, sorumlulukları belirlemektedir. Bu planlama sürecinde aşağıdaki aşamalar izlenmektedir [43] :

1. Mevcut durumun analizi
2. Bölümlere duyurulması
3. Uygulamayla ilgili bölüm görüşlerinin alınması
4. Bölümlerden gelen görüşlerin entegrasyonu
5. Hastane iletişim ve performans iyileştirme politikasının hazırlanması
6. İzleme ve değerlendirme faaliyetleri
7. Tepe yönetim değerlendirmesi
8. Yönetim gözden geçirme toplantı kararları
9. Veritabanına kayıt

Süreç haritaların çıkarılmasında ve iyileştirme yapılacak alan ve konuların belirlenmesinde, çalışanların katılımı ve eğitiminde, yönetim katılımı ve gözden geçirme toplantılarında bu adımlarla paralellik görülmektedir.

Çalışmamızdaki iyileştirme çalışmaları sonucunda hasta memnuniyet oranı artmış, “Kurum Kalite Hizmet Katsayısı” 0,2648’den 0,9649’a, “Kurumsal Performans Katsayısı” ise 0,8150’den 0,9529’a yükselmiştir. Kurum Kalite Hizmet Katsayısı’ndaki bu artış SIPOC Süreç Haritalama uygulamasından önce, gerçekleştirilen “Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesinin Hizmet Kalitesi Standartları” ölçümünün SIPOC Süreç Haritalama uygulaması sonrası gerçekleştirilen ölçüm sonucu elde edilen katsayıdaki artışı ifade etmektedir. SIPOC Süreç Haritalama Tekniği uygulaması Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin süreçlerinin işlevsel olarak doğru tanımlanmasını ve birbirini etkileyen süreçlerin belirlenmesini sağlamıştır. Bu faaliyetler sırasında iyileştirilmesi gereken noktalar tespit edilerek, büyük ölçüde iyileştirmeler yapılmıştır. Ayrıca tekrarlanan faaliyetler, birbiri ile çelişen ve gereksiz süreçler olduğu tespit edilerek; bu süreçler düzeltilerek yeniden tasarlanmıştır.

Gerçekleştirilen çalışmada SIPOC Süreç Haritalama Tekniği sağlık hizmeti veren bir işletmede Türkiye’de ilk defa uygulanmıştır. Bu nedenle gerçekleştirilen çalışma kendi alanında özgün bir çalışmadır. SIPOC Süreç Haritalama Tekniği ve iş akış şemaları yardımıyla süreçler net bir şekilde tanımlanarak görev tanımları ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde düzenlenmiştir.

Uygulama öncesinde Sağlık bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesinin hizmet kalite standartlarına göre belirlenen eksiklikler; yasal mevzuat çerçevesinde fiziki mekan düzenlenmesi, malzeme temini, personel eğitimleri kalite standartlarına göre yapılan tıbbi cihaz kalibrasyonları gibi iyileştirmelerle büyük ölçüde giderilmiştir. Giderilemeyen eksikliklerse; binanın fiziki durumundan kaynaklanan imkansızlıklar, kamu hastanesi olması nedeniyle mevcut personel ile çalışma zorunluluğu, özel izne tabi satın alımların uzun süreç alması, yasal mevzuattan kaynaklanan prosedürlerin çokluğu gibi işlemlerdir.

Uygulamamızda kullanılan SIPOC Süreç Haritalama Tekniği ile tespit edilen süreçler ve iyileştirme yapılması gereken süreçlerde yapılan düzenlemelerle Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesine göre hesaplanan Kurumsal Performans Katsayısı, Kurum kalite hizmet katsayısı gibi parametrelerde artış sağlanmıştır. Bu parametrelerdeki artış ve yapılan olumlu değişiklikler önemli ölçüde hem kullanılan yöntemin hem de iyileştirme sürecini yürüten ekibin başarısıdır. Kullanılan uygulama yöntemi ile birbirini etkileyen süreçlerle, iyileştirme yapılması gereken süreçler ve çözülmesi gereken problemler belirlenmiştir. Bu problemlerin nasıl çözüme kavuşturulacağı, süreçlerdeki iyileştirilmenin nasıl olacağı uygulama sürecini yürüten kalite yönetim ekibinin gösterdiği özverili çaba, sistemi ve kurumu iyi tanımaları sayesinde başarı ile tespit edilmiştir. Bu ekip, her hangi sürece ait bir iyileştirme planlarken o birime ait çalışanlarla bizzat çalışarak, birim çalışanların önerilerini dikkate alarak düzenlemeleri yapmıştır. Böylece hem sürece ait gerçekçi iyileştirmeler planlanmış, hem de süreç iyileştirmeleri çalışanlar tarafından benimsenmiştir.

Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde çalışan personelin çoğunluğu kamu merkezi atamasıyla işe alındığından, mevcut personelin değiştirilmesi söz konusu değildir. Ayrıca personeli başarısı doğrultusunda değerlendirmek de mümkün olamamaktadır. Sadece sorumluluk sahibi, işinde başarılı personele daha fazla iş yükleyerek onlardan daha fazla yararlanma yoluna gidilmektedir. Uygulama sürecinde de mevcut personele eğitim verilerek hizmet kalitesi konusunda bilinçlenme sağlanmıştır. Sorumlulukları fazla olan personelden seçme yapılmış, bu personellere görev alanlarına göre iç tetkik, tıbbi cihazlarda kalibrasyon eğitimleri aldırılmıştır.

Mevcut hastane hizmet binasının eski olması nedeniyle Bayındırlık Bakanlığınca yaptırılan depreme dayanıklılık testleri raporlarında binaya fiziki güçlendirme yapılması gerektiği belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığının güçlendirmenin ekonomik olmayacağı kararı ile başka bir arazide yeni bir bina yapılması planlamasını yapmış, mevcut binada fiziki tadilat yapılması uygun bulunmamıştır. Bu nedenlerden dolayı Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesine göre nitelikli hasta odası olarak kabul edilen tek yataklı, içinde wc ve banyo bulunan odalar yapılamamıştır. Ayrıca elektrik ve sıhhi tesisatı da eski olduğundan yenilenememiştir. Buna bağlı olarak da lavabo, klima gibi ek donanımlar hasta odalarına konulamamıştır.

SIPOC Süreç Haritalama uygulaması öncesi; hastane personeli görevliler tarafından hastane mutfağında hazırlanarak sunulan yemek hizmeti ile ilgili hizmetin verilmesi esnasında yemeğin bazen yetersiz gelmesi, bazen artması, yemeklerin beğenilmemesi, dağıtımda aksamalar gibi sorunlarla karşılaşıldığı, özellikle doğum hastalarının acil olarak yoğun geldiği hafta sonu günlerinde yemeklerin yetersiz gelmesi, yemek hizmeti hastanede kadrolu aşçı olmadığı için hizmetli kadrosundaki personellere yaptırıldığı gibi olumsuzluklar çalışan personel, hasta ve yakınlarınca ifade edilmiştir. Yemek hizmeti sunumu sürecindeki bu problemlerin çözümü için yemek hizmet alımı planlanmış; şartnameleri hazırlanarak Kamu İhale Kanunu ve ilgili hükümlerince ihalesi gerçekleştirilmiştir. Yemek hizmet alımında sertifikalı, diplomalı aşçılar çalıştırılarak hasta ve çalışanlardan olumlu geri bildirim alınmıştır.

Kurumsal performans katsayısı ve kurum verimlilik katsayısında yaşanan bu yükselişle hastane döner sermayesinden personele yapılan ek ödeme miktarında önemli ölçüde artış gerçekleşmiş olup, bu da personelin motivasyonunu ve örgütsel bağlılıklarını belirgin bir şekilde artırarak, hastalara yönelik davranışlarında önemli iyileşmeler sağlamıştır.

Bu durum hastane içerisinde görev alan herkesin gönüllü katılımıyla başlayan, sürekli eğitimlerle işlerlik kazanan Kaizen- Sürekli İyileştirme stratejisi; sunduğu eğitimlerle çalışanlara yarar sağlayarak, bilgi ve yeteneklerini geliştirerek motivasyon ve başarılarını arttırarak insan kaynaklarını geliştirilmesini sağlamaktadır [44].

Kaliteli hizmet ve hasta beklentilerinin göz önünde bulundurulması açısından artık hastaneler maddi kaynaklarını, insan kaynaklarını planlamak, örgütlemek belirlenen hedefler doğrultusunda çalışmak, tüm kaynaklarını en etkin ve verimli bir şekilde kullanmak zorundadır. Hizmet sunulan hasta kitlesin tanımlanması ve kurumlara hasta yönelimli bir hizmet anlayışının kazandırılması eldeki kaynakların doğru alanlarda kullanılmasını mümkün kılacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde işletmelerin verimliliklerini artırarak rakipleriyle başa çıkabilmeleri ve varlıklarını sürdürebilmeleri, kaliteli ürün ve hizmet sunumunu gerekli kılmaktadır. Diğer sektörlerde olduğu gibi hızla dönüşen ve giderek daha rekabetçi hale gelen sağlık sektöründe faaliyet gösteren hastanelerin sundukları hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi ve iyileştirilmesi önemli bir zorunluluk haline gelmiştir. Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi özellikle kamu hastanelerinin sınırlı kaynakların etkin bir biçimde kullanılması yoluyla maliyetlerinin düşürülmesinde, rekabet avantajı elde edilmesinde, hasta beklentilerinin karşılanmasında ya da aşılmasında önemli katkılar sağlayacaktır. Hastanelerin sadece kendi yaşamlarını değil insanların da yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için, kaliteyi tüm süreçlerine yansıtmaları gerekmektedir.

Hastanelerin kaliteli hizmet sunumuna etki eden iki önemli faktör bulunmaktadır. Bunlar; etkili bir yönetim anlayışı ve insan faktörüdür. Etkili bir yönetim; kaliteyi odak noktasına almış, hizmette sürekli daha iyi olmayı hedefleyen ve müşteri memnuniyetine önem veren bir yönetim biçimidir. Sürekli iyileştirme stratejisi, hastanede çalışan herkesin katılımını ve çalışanların fikir ve önerileriyle hizmet süreçlerinin sürekli iyileştirilmesini sağlayarak, kaliteli hizmet sunumuyla hastanenin verimliliğini artırmaktadır.

Bu tez çalışması kapsamında daha önce sağlık sektöründe ve hastane işletmelerinde kullanılmayan SIPOC Süreç Haritalama Tekniği kullanılarak süreçler haritalandırılmıştır. Hastanedeki hizmet kalitesini ölçmek amacıyla Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları kriterleri anketi SIPOC Süreç Haritalama Tekniğinin uygulanması öncesinde ve sonrasında uygulanmıştır. Anketler sonucunda hastanenin hizmet kalite katsayısı her iki durumda da hesaplanarak yapılan kalite ve süreç iyileştirme çalışmalarının faydaları gözlenmiştir.

Çalışma, hem kullanılan yöntemin hastanelerde ilk defa kullanılması, hem de kamu dal hastanesinde uygulanması, ayrıca Aydın Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin fiziki sorunlarına yönelik iyileştirmeler içerdiğinden özgün bir çalışmadır.

İzlenen yöntem farklılığı olsa da süreç iyileştirme konulu çalışmalarla personel eğitimleri, gönüllü katılım, motivasyon konularında paralellik göstermektedir.

Gerçekleştirilen süreç iyileştirme toplantılarına kalite komisyonuna ilaveten ilgili birimin sorumlusu da bizzat katılarak yasal mevzuat doğrultusunda tüm birimlerin süreç haritaları çıkarılmıştır. Çıkarılan süreç haritalarına uygun olacak şekilde, birimlerde kullanılan tıbbi cihazların kullanım talimatları, çalışanların görev tanımları, prosedürler ilgililerin kolayca ulaşabileceği yerlere konulmuştur.

Hastanede görev alan ve değer yaratan tüm çalışanlara gerekli eğitimin verilmesi ve kendinden beklenen sorumluluklarını yerine getirmesi, hastanenin genel hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve hasta tatmininin sağlanması açısından stratejik önem taşımaktadır. Çalışanlara özellikle, hastaların genel olarak memnuniyetsizliğine yol açan faktörler dikkate alınarak eğitimler verilmelidir.

Kalite çalışmaları kapsamında hastane personelinin tamamı ile yapılan ISO 9001:2008 Temel Bilgilendirme Eğitimi; hastane personelinde kalite kavramı ile ilgili genel bir bilincin oluşmasını sağlamıştır. Tıbbi ve idari olmak üzere tüm birimlerin öncelikli sorumluları ile gerçekleştirilen süreç eğitimleri ve hastane birimlerinin periyodik denetimleriyle süreç iyileştirmenin uygulanıp uygulanmadığı test edilmiştir. Hastanede özellikle polikliniklerde kargaşaya neden olan tekrarlanan işlemler ve uygulamalar düzenlenmiş, hastaların her işlem birimine bir kez gitmesi sağlanmıştır.

Birimlerin duvarlarında olan çeşitli gayri resmi ilan ve talimatlar toplanarak sadece ilgililerin ulaşabileceği yerde resmi bir şekilde muhafaza altına alınmışlardır. Hastalara yönelik olarak kurum bilgilendirme broşürleri bastırılmış, irtibat numaraları belirtilmiştir. Hastane içerisinde yönlendirme levhaları konulmuş, danışma birimi ve bekleme yerleri düzenlenmiştir.

Hastaneye gelen hastalara periyodik olarak el hijyeni ve emzirme eğitimleri verilmeye başlanmıştır. Ayrıca göreve yeni başlayan personele oryantasyon eğitimi, diğer çalışan

personeler de el hijyeni, enfeksiyon eğitimleri dzenli ve planlı olarak verilen eğitimler kapsamına alınmıştır.

Kullanılan tım tıbbi cihazların kalibrasyonu uluslar arası dzenyde izlenebilirliği olan yetkili firmalara yaptırılmış, kullanıcılara takip sorumluluğu verilmiştir. Yapılan fiziki dzenlemeler sonucunda birimler daha rahat işler hale gelmiş, çalışanlar rahatlatılmıştır.

Tım bu çalışmalarla beraber hastane bilgi sistemi otomasyonu programına kalite modlünün eklenmesi sağlanmıştır. Bu sayede kalite politikası tım birimlerin ekranında yer almıştır. Ayrıca tım birimlerin dokümanları bu modlden ulaşılabilir hale getirilmıştir. Tetkik istemleri, malzeme talepleri, duyurular da hastane bilgi sistemi otomasyonu programı modlünden yapılabildiği için kırtasiye işlemleri ortadan kalkmıştır.

Tım bu iyileştirme çalışmaları sonucunda hasta memnuniyet oranı artmış, Kurum Kalite Hizmet Katsayısı 0,2648'den 0,9649'a (EK 1), Kurumsal Performans Katsayısı ise 0,8150'den 0,9529'a (Tablo 4.15) yükselmiştir. Kurum Kalite Hizmet Katsayısı ve Kurumsal Performans katsayısında yaşanan bu yükselişle hastane döner sermayesinden personele yapılan ek ödeme miktarında önemli ölçüde artış gerçekleşmiş olup, bu da personelin motivasyonunu ve örgütsel bağlılık duygularını belirgin bir şekilde geliştirerek , hastalara yönelik davranışlarında önemli iyileşmeler sağlamıştır.

Tım süreç iyileştirmeleri, hastaların gelecekteki davranışları üzerinde etkili olup, yüksek hizmet kalitesi ve hizmet değeri hastaları pozitif davranmaya sevk edecektir. Hastalar gelecekte herhangi bir hastalık durumunda yine aynı hastaneyi tercih edecek, ziyaret ettikleri hastaneyi arkadaşlarına tavsiye edecek ve kendilerini o hastanenin sadık birer müşterisi olarak adlandıracaklardır.

Sonuç olarak Hastane Yönetimi; idari ve kontrol göreviyle hastane fonksiyonlarının bir bütün olarak sürekli iyileştirilmesine ortam yaratma sorumluluğuna sahiptir ve Kanun ve yönetmeliklere uyarlı i ve dış müşteri ihtiyaç ve beklentilerine odaklanmalı, çalışanlarının bilgi ve beceri potansiyellerini optimal dzenyde kullanmaları sağlamalıdır. Yapılacak i ve dış denetimler sonucu, düzeltici/önleyici faaliyetler gerçekleştirilmeli ve gerekli dzenlemeler

yapılarak süreçler dinamik bir şekilde kontrol altında tutulmalıdır. Aynı sorunla ilgili iyileştirmeleri hastane yönetiminin takip edebilmesi için birimler arası ilişkiler SIPOC'a göre takip edilmelidir (EK 2). Hastane çalışanlarının; bilgi ve becerilerini hizmetlerine yansıtmasını sağlarken, süreçlerin doğru ve aksamadan işlemesi için sürekli iyileştirme faaliyetlerine önem verilmelidir. Süreçlerde yapılan sürekli iyileştirme gelişen sağlık sektöründe rekabet avantajı yaratmak için müşteri memnuniyetini sağlamak açısından oldukça önemlidir.

Bu çalışma, hastaların gelecekte de hastaneyi kullanmaya devam etmelerini sağlamak, rakip hastanelere gitmelerini engellemek amacıyla süreçlerin doğru tanımlanması, birbirini etkileyen süreçlerde gereksiz tekrarların ortadan kaldırılarak sadeleştirilmesiyle bütün süreçlere yansıtacak iyileştirmelerin yapılması, personelin eğitilmesi, sürekli iyileştirme çalışmalarına çalışanların her kademesinden gönüllü katılımı, tepe yönetimin sürece sahip çıkması ve personeli motive etmesi açısından hastane yöneticileri için yol gösterici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Osman HAYRAN, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, Yüce Yayın,1998 ,147
2. Ümit ŞAHİN, Selda BEKEM, Hastane İşletmeciliğinde Kalite: Hasta tatmini ve İş gören Tatmini Pragdigması I.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Ankara, 2000, 294
3. Nermin UYGUÇ, Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları
4. Osman HAYRAN, Hulki UZ; Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/538_13sag_hizm_tky.pdf
5. M.Hulki UZ; Hastanelerde Kalite Yönetimi: www.merih.net/m1/whulkuz24.htm - 50k
6. Uğur BULGAN Gültekin GÜRDAL; Hizmet Kalitesi Ölçülebilir mi? ÜNAK '05 "Bilgi Hizmetlerinin Organizasyonu ve Pazarlanması"22 - 24 Eylül 2005
7. Deniz SEYRAN; Hizmet Kalitesi, İstanbul, Kalder Yayınları, 2004, 38
8. A.PARASUMAN,V.ZEİTHAML,L.L.BERRY: A Conceptual Model of Service Quality and İt'simplications for Future, Journal of Marketing, Vo: 49,(Fall,1985)
9. Arash SHAHİN, Servqual and Model of Service Quality Gaps: www.qmconf.com/Docs/0077.pdf
10. Christian GRONROSS, "Service Management and Marketing", Managing the Moments of Truth in Service Competition, Toronto, Lexington Books, 1990, s.41.
11. Candan CANPOLAT, "Hizmet Sektöründe Kalite ve ve Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama", Ankara, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sayısal Yöntemler Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2002
12. Çetin AKAR ve Hüseyin ÖZALP: Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Ankara:Eylül 2002, 190
13. Şahin KAVUNCUBAŞI: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, Siyasal Kitapevi, 2000, 34
14. Cemil SÖZEN: Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim, Ankara, Nobel Yayın, Dağıtım, 2002, 2
15. Elçin UZUNKAVAK, "Hastanelerde Uygulanan Kalite Yönetim Sistemleri ve Özel Hastaneler Üzerine Bir Durum Değerlendirme Araştırması", İstanbul, İstanbul

- Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Fakültesi Davranış Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2002
16. Victor R. FUCHS, “People of FSI Stanford”, (Erisim) <http://fsi.stanford.edu/people/victorrufuchs>, 05.02.2009.
 17. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, (Erisim) <http://www.istabip.org.tr/YASA/sosyalk.html>, 05.03.2009.
 18. A. Erdal SARGUTAN, Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Ankara, Sağlık Yayınları, 1993, s.6.
 19. Pınar YALÇIN, “Avrupa Birliğine Giriş Sürecinde Türk Sağlık Sistemi ve Avrupa Birliği Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması”, Ankara, Gazi Üniversitesi Hastane İşletmeciliği Sağlık Politikası Yayınları, 2004
 20. Aktan, IŞIK, “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler”, (Erişim) <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf>, 18.04.2009.
 21. Sevinç TOKALAŞ, “Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması”, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Mali İktisat Bilim Dalı Yüksek lisans Tezi, 2006
 22. Dilaver TENGİLİMOĞLU, Nilgün Çıtak, Yönetici ve Tıp Sekreterliği, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2003
 23. Serpil ÜNLÜ v.d., Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi - Hastanelerde Kalite Deneyimleri, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kalite Yönetimi Hizmetleri Şube Müdürlüğü, 2004, s.10.
 24. Özkan DALBAY, “ISO-9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi ve Kamu Hastanesi’nde Uygulamaya Yönelik Model Önerisi”, İstanbul, İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, 2002.
 25. Şahin KAVUNCUBAŞI, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, Siyasal Kitabevi, 2000,s.55.
 26. Bilal AK, Hastane Yöneticiliği, Özkan Matbaacılık, Ankara, 1990, s.70.
 27. Adnan KÖKSAL, “Hastane İşletmelerinde Kalite ve Verimliliğin Arttırılması İçin Bir Araç Olarak TKY Felsefesinden Yararlanma”, Trabzon, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı İşletme Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 1997

28. Özdemir, (Erisim) <http://mahmutozdemir.com/mahmutozdemir/2007/03/01/turkiyede-hastanelericin-yeni-organizasyon-modeli-ihtiyaci/>, 2007, 04.04.2009, s.4.
29. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Madde 5, (Erişim) <http://www.saglik.gov.tr/>.
30. İltter AKAT, Gönül BUDAK, Gülay BUDAK, İşletme Yönetimi, İzmir, Barış Yayınları Fakülteler Kitabevi, 1999, s.179
31. Stephen M. SHORTELL, Arnold. D. KALUZNY, Health Care Management Organization Design and Behaviour, Delmar Publishers, 1994, New York, s.10.
32. Fatma PAKDİL: Konur Hastanesi’de Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti: <http://www.merih.net/m1/wfatpak01.htm>
33. Tuncer ASUNAKUTLU: Sağlık Hizmetlerinde Kalite: <http://www.canaktan.org/politika/kamudakalite/asuna.pdf>
34. Cengiz YILMAZ, İlham YILMAZ: Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yaklaşımı:Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi, Ankara, Hebaral Eğitim Vakfı,1999; 248
35. Huriye ÇATALCA, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, Beta Basımevi, 2003
36. Yesim AYDINER, “Hastane Yönetimi ve Kalite Anlayışı: Kamu ve Özel Sektör Hastanelerinde Mukayeseli Bir Uygulama, Arastırma”, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2003, s.4.
37. Jerome H. GROSSMAN, “Emerging Medical Quality Management Support Systems For Hospitals”, Health Care Quality Management For The 21st Century, Ed. James B. Couch, Florida, Hillsboro Printing Company, 1991, s.237.
38. D. Cüneyt GEDİKLİ, “Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama”, Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 1998.
39. Atilla KARAHAN, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirilmesi Afyon Göğüs Hastanesinde Bir Uygulama”, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2000.
40. Cengiz DURAN, “Yönetimde Kalite Güvence Sistemleri ve Hastanelerde Bir Uygulama”, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, 2007.

41. Mustafa DEMİREL, “Yataklı Tedavi Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları Ve İzzet Baysal Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Örneği”, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2008.
42. Mithat ÇORUH., "Sağlık Kurulusunda Sürekli Proses İyileştirme" HastaneHospital News, Ocak-Subat 2003; sayı 20 : s.s 65-66
43. Mithat ÇORUH., “Hastane Performans İyileştirme Süreç (Proses) lerinde İletişim, Veri/Bilgi ve Paylaşım Politikası" Hastane Hospital News, Kasım-Aralık 2002; sayı 19 : ss 74-75
44. Pınar DOĞANAY, “Kaizen-Sürekli İyileştirme ile Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi,2008
45. Sağlık Bakanlığı, Performans Daire Başkanlığı, <http://www.performans.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 13.12.2009
46. Peter R. SCHOLTES, The Leader’s Handbook: Making Things Happen Getting Things Done, McGraw Hill, 1998, s.59- 83
47. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Performans ve Kalite Hizmet Yönergesi, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/skg_uygulamalari.pdf, Erişim Tarihi: 05.04.2009

EKLER

EK 1 - Hizmet Kalite Katsayısı Anketi [47]

Sıra no	HİZMET KALİTESİ STANDARTLARI	Puan	İyileştirme Çalışmalarından Önce			İyileştirme Çalışmalarından Sonra		
			Evet	Hayır	Değerlendirme dışı	Evet	Hayır	Değerlendirme dışı
	POLİKLİNİK HİZMETLERİ							
1	Hasta kayıt birimi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.							
1.1	Hasta kayıt birimi, kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalıdır.	4	X			X		
1.2	Hasta kayıt biriminin, her yönden kolayca fark edilebilen ve okunabilen bir tabelası olmalıdır.	4		X		X		
1.3	Hasta kayıt birimi, hasta ile doğrudan iletişimi sağlayacak biçimde üstü ve etrafı açık (camekan veya benzeri bir bariyerin olmadığı) masa ve sandalyelerden oluşan ve hasta ile karşılıklı oturulabilir bir tasarımda olmalıdır.	8		X		X		
1.4	Hasta kayıt biriminde hastanede verilen hizmetlerin tanıtımı ile ilgili kitapçık ve broşürler bulundurulmalıdır.	2		X		X		
1.5	Hasta kayıt birimine ilişkin alanlarda yeterli oturma grupları bulunmalıdır.	4		X		X		
1.6	Yaşlılar ve engelli vatandaşların öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	4		X		X		
1.7	Hasta kayıt biriminde görevlendirilecek personel sayısı polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen esaslara göre düzenlenmelidir.	8		X		X		
1.8	Hasta kayıt birimi görevlisine, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve	4		X		X		

	kişilerarası ilişkiler gibi konularda hizmet içi eğitim verilmelidir.							
1.9	Yaşlılar, engelli vatandaşlar ve sağlık çalışanlarının işlemlerinin öncelikli olarak yapılmasına ilişkin düzenleme yapılmalıdır.	4		X		X		
1.10	Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri, kurum çalışanları ve mevcut uygulamalar (hekim seçme uygulaması) hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.	6		X		X		
2	Danışma birimi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.							
2.1	Danışma, poliklinik alanında, kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalı ve gerekli donanımına sahip olmalıdır.	4	X			X		
2.2	Danışma biriminde görevlendirilecek personel sayısı polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen esaslara göre düzenlenmelidir.	8		X		X		
2.3	Danışma birimi görevlisine, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda hizmet içi eğitim verilmelidir.	4		X		X		
2.4	Güncel kurum bilgi rehberi (kurum krokisi, sunulan hizmetler, birim ve çalışan erişim bilgileri) danışma biriminde bulundurulmalıdır.	4		X		X		
2.5	Danışma görevlileri diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.	6		X		X		
3	Hastane, karşılama ve yönlendirme hizmetlerini yeterli bir şekilde sunulmalıdır.							
3.1	Poliklinik bekleme alanlarında hastaneye başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen sayıda oturma grupları olmalıdır.	6		X		X		
3.2	Poliklinik bekleme alanları dışındaki (röntgen, kan alma ünitesi, servisler vb.) bekleme alanlarında hasta ve yakınları için oturma grupları bulunmalıdır.	4		X		X		
3.3	Hastane ana binası ve tüm birimlerde yönlendirme levhaları (okunabilir, görülebilir büyüklükte ve duvar renginden ayırt edilebilir renklerde) bulunmalıdır.	4		X		X		
3.4	Yönlendirmeler işlevsel olmalıdır.	4		X		X		
3.5	Karşılama ve yönlendirme hizmetleri için görevlendirilecek personel sayısı polikliniğe	8		X		X		

	başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen esaslara göre düzenlenmelidir.							
3.6	Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan her görevliye uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler konularında hizmet içi eğitim verilmelidir.	6		X		X		
3.7	Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan her görevli diğer personelden ayırt edilebilen kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.	6		X		X		
3.8	Poliklinik girişleri, kat girişleri ve asansör çıkışları karşısında okunabilir boyutta ve ayırt edilebilir renklerde hastane krokileri bulundurulmalıdır.	4		X		X		
3.9	Hastane sunduğu hizmetler, çalışma saatleri ve nasıl hizmet alınabileceği konusunda etkili bir bilgilendirme yapmalıdır (web sitesi, broşür, tanıtım filmleri, panolar, basın yayın yoluyla bilgilendirme gibi).	6		X		X		
3.10	Engelliler için düzenlemeler yapılmış olmalıdır (asansörlerde, hastane içi dışı rampalar, engelli tuvaletleri, otopark, vb.).	6		X		X		
3.11	Engellilere tanınan öncelikleri belirten tabelalar kolaylıkla görülebilecek yerlerde bulundurulmalıdır.	4		X		X		
3.12	Hastaların hizmet aldığı bölümler(laboratuvar, görüntüleme, kat sekreterliği, numune verme, sonuç verme yerleri, vb) camekan veya benzeri bariyerin olmadığı bir tasarımda olmalıdır.	8		X		X		
4	Poliklinik hizmetleri belirlenen sürede verilmelidir.							
4.1	Doktorlar belirlenen poliklinik çalışma saatlerine riayet etmelidir.	6	X			X		
4.2	Hasta kayıt biriminde hastanın gün içinde muayene olacağı zaman dilimi belirlenmelidir. Belirlenen zaman dilimi saatlik (en fazla 1 saat) olarak düzenlenmelidir.	12		X		X		
4.3	Yaşlılar, engelli vatandaşlar ile sağlık çalışanları için muayene önceliği sağlanmalıdır.	6		X		X		
4.4	Kan alma birimlerinde hasta bekleme süreleri Bakanlıkça belirlenen sürelerde olmalıdır.	8		X		X		
5	Polikliniklerde hasta mahremiyetine yeterince önem verilmelidir.							

5.1	Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı ayaklı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.	4	X			X		
5.2	Poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.	2		X		X		
5.3	Poliklinik odasında hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.	2		X		X		
6	Hastaların hekim seçebilmelerine yönelik bir düzenleme bulunmalıdır.							
6.1	Hekim seçme logosu hastane girişine, poliklinik katına ve hastaların görebileceği yerlere asılmalıdır.	2		X		X		
6.2	Hasta kabul/kayıt masası veya birimlerinde hizmet veren branş doktor/doktorlarının listesi ve doktorların çalışma takvimi bulunmalıdır.	6		X		X		
6.3	Her klinisyene en az bir muayene odası tahsis edilmelidir.	6		X		X		
7	Doktor odaları (muayene odaları) gereken şartları karşılamalıdır.							
7.1	Poliklinik oda kapılarına doktorun adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanını belirten tabela asılmalıdır.	4		X		X		
7.2	Doktorun hastalarını kabul ve muayene edebileceği uygun niteliklere sahip olmalıdır.	6	X			X		
7.3	Muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması için gerekli önlemler alınmalıdır.	4		X		X		
7.4	Her doktor odasında el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulundurulmalıdır.	8		X		X		
7.5	Her poliklinikte muayene olacak hastaların ismi veya sıra numarasının görülebilmesi için her bir polikliniğin dışına uygun elektronik sistem konulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.	10		X		X		
7.6	Her kadın hastalıkları ve doğum poliklinik odası için bir ultrasonografi cihazı tahsis edilmelidir.	8		X		X		
7.7	Doktor, hastaların laboratuvar sonuçlarını poliklinikten görebilmelidir.	4	X			X		
7.8	Hastaların yazılı olarak laboratuvar sonuçlarına ulaşabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	4	X			X		
7.9	Poliklinik odaları doktor ile hastanın karşılıklı olarak oturabileceği bir düzenlemeye sahip olmalıdır.	4		X		X		

8	Hastane, bebek bakımı ve emzirme odası ile ilgili düzenlemelere sahip olmalıdır.						
8.1	Polikliniklerde bebek bakım ve emzirme odası olmalıdır.	4		X		X	
8.2	Emzirme odasında masa ve oturma grubu olmalıdır.	4		X		X	
8.3	Emzirme odasında emzirme afiş ve broşürü olmalıdır.	2		X		X	
8.4	Emzirme odasında alt değiştirme yeri mevcut olmalıdır.	2		X		X	
8.5	Kadın doğum servisinde ve emzirme odasında doğru ve yanlış emzirme resimleri olmalıdır.	2	X			X	
8.6	"Anne Sütü ve Emzirme" eğitimleri ilgili doktor ve hemşirelerin yıllık hizmet içi eğitim planlarında yer almalıdır.	4	X			X	
8.7	Emzirme Odasında Lavabo olmalıdır.	6		X		X	
	LABORATUAR HİZMETLERİ						
9	Laboratuvarlar hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.						
9.1	Numune kabul ve red kriterleri tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.	8		X		X	
9.2	Numunelerin alındığı tarih ve saat ile aynı numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat kayıt altına alınmalıdır.	4	X			X	
9.3	Çalışılan tüm testlerin internal kalite kontrolü yapılmalıdır.	6	X			X	
9.4	External kalite kontrolleri yapılmalıdır(External kalite kontrolü yapılabilen testler için).	8	X			X	
9.5	External kalite kontrol sonuç raporları değerlendirilerek uygunsuz sonuç var ise düzeltici önleyici çalışmalar yapılmalıdır.	10	X			X	
9.6	Numunelerin toplanması ve güvenli transferine ilişkin talimat bulunmalıdır.	6		X		X	
9.7	Kan alma üniteleri ve laboratuvarında uygun tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır.	2	X			X	
9.8	Çalışılan parametrelerin panik değer listesi bulunmalıdır.	4	X			X	
9.9	Panik değer bildirim talimatı bulunmalıdır.	6		X		X	
9.10	Tahlil/tetkik sonuçları belirlenen sürelerde verilmelidir (Acil testler tanımlanmalı ve sonuç verme süreleri hakkında hastaları bilgilendirecek düzenlemeler yapılmalıdır).	8		X		X	
9.11	Kit verimlilik hesaplaması yapılmalıdır.	6		X		X	
9.12	Laboratuvar cihazlarının yönetimine ilişkin talimat bulunmalıdır.	8		X		X	

9.13	Buzdolaplarının kalibre edilmiş termometreler aracılığıyla ısı takipleri yapılmalıdır.	2		X		X		
9.14	Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon talimatları bulunmalı ve uygulanmalıdır.	4		X		X		
9.15	Laboratuvar bölümlerinde (Eliza, Biyokimya, Hormon vb.) çalışan personele çalışacağı cihazın kullanımı ve testlerin çalışılması ile ilgili eğitim verilmelidir.	6		X		X		
9.16	Laboratuvarların tüm süreçlerine ilişkin işleyiş prosedürü bulunmalıdır.	8		X		X		
9.17	Laboratuvar güvenlik prosedürü bulunmalıdır.	8		X		X		
9.18	Hastanede hasta başı test cihazlarının (POCT) kalite kontrol işlemleri yapılarak sonuçları değerlendirilmelidir.	10		X		X		
9.19	Laboratuvarlarda kullanılan kitlerin ve sarf malzemelerinin miad kontrolleri yapılmalıdır.	6	X			X		
GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ								
10	Tetkik sonuçları (CT, MR ve ultrason vb.) için süreç tanımlanmalıdır.							
10.1	CT raporları Bakanlıkça belirlenen sürelerde verilmelidir.	4			X			X
10.2	MR raporları Bakanlıkça belirlenen sürelerde verilmelidir.	4			X			X
10.3	Ultrasonografi raporları Bakanlıkça belirlenen sürelerde verilmelidir.	4		X		X		
10.4	CT görüntüleme randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir.	4			X			X
10.5	MR görüntüleme randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir.	4			X			X
10.6	EKO randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir.	4			X			X
10.7	Ultrasonografi randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir.	4		X		X		
10.8	EEG randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir.	4			X			X
10.9	EMG randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir.	4			X			X
10.10	Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır.	4		X		X		
10.11	Riskli girişimsel işlemler için hasta onamı alınmalıdır.	4	X			X		

10.12	Tüm görüntüleme cihazlarının bakım ve kalibrasyonları bir plan dahilinde yapılmalıdır.	6		X		X		
10.13	Tekrar edilen çekim sayıları tespit edilerek, düzeltici ve önleyici çalışmalar yapılmalıdır.	6		X		X		
11	Radyoloji ünitesi hizmet sunumu için gerekli şartları taşımaktadır.							
11.1	Radyoloji ünitesinde çalışan personelin dozimetre takipleri öngörülen sürelerde yapılmalıdır.	6	X			X		
11.2	Radyoloji ünitesinde çalışan personel kurşun yelek kullanmalıdır.	8		X		X		
11.3	Radyoloji ünitesinde bulunan kurşun yelekler uygun nitelikte olmalıdır.	4		X		X		
11.4	Radyoloji ünitesinin TAEK lisansı olmalıdır.	4	X			X		
11.5	Radyasyon denetimli alanlarda görev yapanların hematolojik tetkikleri yılda en az bir kez yapılmalıdır.	6	X			X		
11.6	Denetimli alanların girişlerinde ve bu alanlarda radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.	2	X			X		
12	Kateter laboratuvarının (koroner anjiyografi ünitesi) hizmet sunumu için gerekli şartları taşımaktadır.							
12.1	Kateter laboratuvarında çalışan personelin dozimetre takipleri öngörülen sürelerde yapılmalıdır.	4				X		X
12.2	Kateter laboratuvarında çalışan personel kurşun yelek kullanmalıdır.	4				X		X
12.3	Kateter laboratuvarında bulunan kurşun yelekler uygun nitelikte olmalıdır.	8				X		X
12.4	Kateter laboratuvarının TAEK lisansı olmalıdır.	4				X		X
12.5	Radyasyon denetimli alanlarda görev yapanların hematolojik tetkikleri yılda en az bir kez yapılmalıdır.	4				X		X
12.6	Denetimli alanların girişlerinde ve bu alanlarda radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.	4				X		X
12.7	Girişimsel işlem öncesi kimlik doğrulama yapılmalıdır.	4				X		X
12.8	Girişimsel işlem uygulanacak olan hastanın onayı alınmalı ve onam formu olmalıdır.	4				X		X
12.9	Kateter laboratuvarı temizliği ve sterilizasyonu ile ilgili talimat hazırlanmalıdır.	4				X		X
12.10	Laboratuvarda kullanılan malzemelerin kullanım sonrası bakım ve sterilizasyona hazırlanması ve sterilizasyonu ile ilgili talimat hazırlanmalıdır.	4				X		X

12.11	Kateter laboratuvarına giriş sterilizasyon şartlarına uygun olmalıdır.	4			X			X
12.12	Cihazların bakım ve kalibrasyonu düzenli olarak yaptırılmalı ve kayıtları saklanmalıdır.	6			X			X
AMELİYATHANE HİZMETLERİ								
13	Ameliyathane hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.							
13.1	Ameliyathanedeki tüm süreçlerin işleyişine ilişkin prosedür bulunmalıdır.	10		X		X		
13.2	Ameliyathanelerde hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.	6		X		X		
13.3	Ameliyathanenin duvar, tavan ve zeminleri dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel malzemelerden yapılmalıdır.	8	X			X		
13.4	Ameliyathane salonu ve yan hacimlerinin bulunduğu steril alanlarında, pencere ve kapılar dış ortama açılmamalı ve bu alanlarda tuvalet bulunmamalıdır.	8		X			X	
13.5	Steril, yarı steril alan ve steril olmayan alanlar belirlenmelidir.	6	X			X		
13.6	Ameliyathanelerde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.	10		X			X	
13.7	Ameliyathanedeki tüm cihazların bağlandığı prizler, elektrik kesintisinde jeneratör devreye girinceye kadar enerji ihtiyacını karşılamak üzere UPS'lerle(eksternal veya internal) beslenmelidir.	8		X		X		
13.8	UPS'lerin düzenli olarak bakım ve kontrolü yapılmalıdır.	8		X		X		
13.9	Ameliyathanede tıbbi atıklar ve çöpler ayrı şekilde toplanmalı ve depolanmalıdır.	4	X			X		
13.10	Hasta yakınları için ameliyathanedeki hastalarıyla ilgili bilgi alabilecekleri bekleme alanları bulunmalıdır.	8		X		X		
13.11	Ameliyathanede kullanılan tüm ilaçların ve anestezi ajanlarının kritik stok seviyeleri ve miad takipleri otomasyon sistemi üzerinden yapılmalıdır.	10		X		X		
13.12	Ameliyathanede kullanılan tüm sarf malzemelerinin kritik stok seviyeleri belirlenerek miad takipleri yapılmalıdır.	6		X		X		
KLİNİKLER								
14	Kliniklerde Kardiyopulmoner Resüsitasyon	10		X		X		

	uygulamasý için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.							
15	Acil ilaç arabalarında bulunması gereken ilaçların ve miktarlarının bir listesi olmalı, düzenli olarak kontrolleri yapılmalıdır.	8		X		X		
16	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar için güvenlik düzenlemeleri yapılmalıdır.							
16.1	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilit altında tutulmalıdır.	4	X			X		
16.2	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslim kayıtları doğrulanarak yapılmalıdır.	6		X		X		
17	Klinik/Servislerin temizlik işlemlerine dair düzenlemeler yapılmalıdır.							
17.1	Klinikte yer alan tüm tuvalet ve banyoların temizlikleri düzenli olarak kontrol edilmeli ve temizliklerinin yapıldığına dair kontrol çizelgeleri olmalıdır.	4		X		X		
17.2	Lavabo, tuvalet ve banyolarda sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu gibi materyal bulundurulmalıdır.	8		X		X		
18	Hasta odaları hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.							
18.1	Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır. Hasta başı paneli bulunmayan odalarda iki hasta yatağı başına bir adet düşecek şekilde seyyar gaz tüpleri bulundurulmalıdır.	8		X		X		
18.2	Hasta odalarında lavabo bulunmalıdır.	8		X			X	
18.3	Hasta odalarında banyo ve tuvalet bulunmalıdır.	10		X			X	
18.4	Klinik/servislerde hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde çağrı sistemi bulunmalıdır.	8		X		X		
18.5	Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan, vb.) Bulunmalıdır.	4		X		X		
18.6	Yatakbaşı bağlantılı çağrı sistemi bulunmalıdır.	8		X		X		
18.7	Boş yataklar her an kullanıma hazır şekilde bulundurulmalıdır.	4	X			X		
18.8	Hastane yataklarının kullanımı (hasta yatışları) ile ilgili bir prosedür olmalıdır.	10		X		X		
19	Refakatçi ve hasta yakınları için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.							
19.1	Refakatçilerin hasta odalarında istirahat	6		X		X		

	edebilmeleri için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.							
19.2	Hasta ziyaretlerine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.	4	X			X		
20	Hasta ve yakınlarının eğitimine dair bir sistem oluşturulmalıdır.							
20.1	Hastalara, tedavi sürecinde ve taburcu olduktan sonra kullanacakları ilaçlar, beslenmeleri, egzersizleri gibi dikkat etmeleri gereken konular hakkında eğitim verilmelidir.	6		X		X		
20.2	Hasta eğitimlerini organize etmek için bir ekip oluşturulmalıdır.	4		X		X		
21	Servis/kliniğe yatan sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi (broşür, afiş, yüz yüze eğitim vb.) uygulanmalıdır.	10				X		
22	Kliniklerdeki tıbbi cihazların (defibrilatör, EKG, tansiyon aleti, vb.) kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır.	10		X		X		
	YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ							
23	Yoğun bakım üniteleri hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.							
23.1	Yoğun bakım süreçlerine ilişkin işleyiş prosedürü hazırlanmalıdır.	10		X		X		
23.2	Yoğun bakım üniteleri için hasta kabul kriterleri tanımlanmış olmalıdır.	6		X		X		
23.3	Yatak başı tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli çalışır durumda olmalıdır.	6		X		X		
23.4	Yoğun bakım ünitesindeki teşhis, tedavi, müdahale, ölçme ve izleme cihazları (ventilatörler, monitörler, defibrilatörler vb.) için bakım ve kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır.	8		X		X		
23.5	Yoğun bakım üniteleri, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantılı olmamalıdır.	8	X			X		
23.6	Yoğun bakım ünitelerinde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.	10		X			X	
23.7	Yoğun bakım ünitelerinde tüm yüzeyler kolay silinebilir, dezenfekte edilebilir ve bakteri tutmayan nitelikte olmalıdır.	8		X			X	

23.8	Yoğun bakım üniteleri, hastaların görevli sağlık personeli tarafından sürekli gözetim ve izlenmesine uygun olarak düzenlenmelidir.	6		X			X	
23.9	Yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler (perde, paravan) bulunmalıdır.	6		X		X		
23.10	Hasta yakınları için uygun şartları taşıyan bekleme alanları bulunmalıdır.	6		X		X		
23.11	Hasta yakınlarının bilgilendirilmesine yönelik bir talimat hazırlanmalı ve hasta yakınlarının görebileceği yerlere asılarak bilgilendirme yapılmalıdır.	6		X		X		
23.12	Yoğun bakım ünitelerinde izolasyon odası(ları) bulunmalıdır.	10		X			X	
23.13	Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalı ve içindeki ekipman çalışır durumda bulunmalıdır.	6		X		X		
24 Organ bağış birimi oluşturulmalıdır.								
24.1	Hastanede organ bağışını teşvik edecek etkinlik, afiş, broşür, vb çalışmalar yapılmalıdır.	4		X		X		
24.2	Hasta ve yakınlarına organ bağışı konusunda eğitimler verilmelidir.	6		X		X		
25 Beyin ölümleri bölge koordinasyon merkezine bildirilmelidir.(Yoğun Bakım bulunan hastanelerde sorgulanacaktır).								
DİYALİZ HİZMETLERİ								
26	Diyaliz ünitesi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.							
26.1	Diyaliz hastaları için nakil hizmeti verilmelidir.	8			X			X
26.2	Diyaliz makinalarının dezenfeksiyon işlemleri her diyaliz seansı sonrasında yapılmalıdır.	6			X			X
26.3	Personel her hasta ile temas öncesi gerekli koruyucu önlemleri almalıdır.	4			X			X
26.4	Kadın ve erkek hastalar için ayrı olmak üzere hasta giyinme ve soyunma bölümü ile dolapları bulunmalıdır.	4			X			X
26.5	Kadın ve erkek hastalar için ayrı olmak üzere özürhükümlerinin de yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş hasta tuvaleti ve lavabo bulunmalıdır.	4			X			X
26.6	Tuvalette sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, kağıt havlu ve poşetli çöp kutusu bulunmalıdır.	6			X			X
26.7	Taşınabilir monitörlü elektrokardiyografi	6			X			X

	cihazı, ambu ve airway de içeren tam donanımlı acil müdahale seti bulundurulmalıdır.							
26.8	Diyaliz tedavisi gören hastaların ayda en az bir defa tıbbî muayeneleri Hemodiyaliz Sorumlu Uzman Tabibi tarafından yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	8			X			X
26.9	Diyaliz tedavisi gören hastalara tedavinin gerektirdiği hususlarda eğitimler verilmelidir.	4			X			X
26.10	Her ayın başında diyaliz hastalarının kt/v veya URR değerleri hesaplanmalıdır.	4			X			X
26.11	Hastalar sorumlu tabip tarafından; tedavi seansı sırasında tıbbî yönden izlenmeli, her diyaliz seansında hastanın dosyasına günlük gözlem notu kaydedilmelidir.	4			X			X
26.12	Hemodiyaliz merkezleri kullandıkları suların, arıtma sonrası örneklerinin üç ayda bir bakteriyolojik ve altı ayda bir kimyasal analizlerini ilgili mevzuata göre ruhsatı bulunan kamu ya da özel laboratuvarlarda yaptırmalı ve analiz sonuçlarının Avrupa Birliği farmakopedasına uygun olduğu belgelenmelidir.	6			X			X
26.13	Diyaliz merkezlerinde çalışan personel altı ayda bir rutin olarak HCV antikoru, Hbs Ag ve Hbs Ab, HIV 1+2 antikoru tayin testleri ve diğer benzer bulaşıcı hastalıklar taramasından geçirilmeli; gerekli koruyucu tedbirler alınmalı, gerektiğinde tedavileri yaptırılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.	6			X			X
26.14	Diyaliz merkezinde enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir program olmalı ve bu konuda personele eğitim verilmelidir.	6			X			X
26.15	Hbs Ag(+) hastaları ayrı oda ve ayrı makinelerde, HCV Ab(+) hastalar ise ayrı makinelerde hemodiyalize alınmalıdır.	8			X			X
26.16	Hasta tedavi, müdahale ve bakım süreçlerinde kullanılmak üzere personel için yeterli sayıda maske, gözlük, eldiven, boks gömleği, vb. ekipman bulundurulmalıdır.	8			X			X
ACIL SERVİS HİZMETLERİ								
27	Acil servis hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.							
27.1	Hastane dışında acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı tabela ve yönlendirici işaretler bulunmalıdır.	4		X		X		
27.2	Acil servis giriş tabelası, hastane dışından	4		X		X		

	görülebilir olmalı ve ambulans veya diğer araçların ulaşımının kolay olduğu ayrı bir girişi bulunmalıdır.							
27.3	Acil servis girişinin üstü kapalı olmalıdır.	4	X			X		
27.4	Acil servis girişi, engelli vatandaşlar için erişimi kolaylaştırıcı uygun şartları taşınmalıdır.	4		X		X		
27.5	Acil servis girişinde hasta transferini kolaylaştırıcı önlemler alınmalıdır.	4		X		X		
27.6	Acil servis süreçlerinin işleyişine ilişkin prosedür hazırlanmalıdır.	10		X		X		
27.7	Acil serviste, çalışır durumda sedyeler ve tekerlekli sandalyeler bulunmalıdır.	4		X		X		
27.8	Ayrı bir resüsitasyon odası bulunmalıdır.	8		X		X		
27.9	Odalardaki her yatak başında oksijen ve vakum paneli olmalıdır; bu şart karşılanmadığı takdirde her iki yatağa bir tane düşecek şekilde mobil oksijen tüpleri ve vakum cihazları bulunmalıdır.	4		X		X		
27.10	Muayene, müdahale ve müşahede odalarında hasta mahremiyetine yönelik düzenleme bulunmalıdır (perde, paravanla ayırma gibi).	6		X		X		
27.11	Hasta tedavi, müdahale ve bakım süreçlerinde kullanılmak üzere personel için yeterli sayıda maske, gözlük, eldiven, boks gömleği, vb. ekipman bulundurulmalıdır.	4	X			X		
27.12	Acil müdahale ekipmanının bulunduğu etejer/el arabası hazırlanmalıdır.	4		X		X		
27.13	Müşahede yataklarında hastanın rahatlıkla ulaşabileceği çağrı zili/düğmesi bulunmalıdır.	4		X		X		
27.14	Acil serviste çalışan sağlık hizmetleri sınıfı personeline CPR (Kardiy Pulmoner Resusitasyon) eğitimi verilmeli ve bu eğitim yılda en az bir kez tekrarlanmalıdır.	8		X		X		
27.15	Acilde çalışan personelin unvan ve iletişim (unvan, telefon, adres, vb) bilgileri kayıtlı olmalıdır.	4		X		X		
27.16	Acil serviste icapçı ve diğer uzman doktorların iletişim bilgilerini içeren dosya bulunmalıdır.	4	X			X		
27.17	24 saat boyunca güvenlik personeli bulundurulmalıdır.	4	X			X		
27.18	Yazılı olarak tanımlanmış ve etkili olarak uygulanan bir triaj sistemi bulunmalıdır.	4		X		X		
27.19	Zehirlenmiş hastaların yönetim süreci (danışmanlık, tedavi vb.) tanımlanmış olmalıdır.	4			X			X
27.20	Acil servisten başka bir merkeze sevk edilen hastalar için acil serviste gerçekleştirilen tıbbi	4		X		X		

	müdahaleler hakkında bilgi veren hasta nakil notları verilmelidir.							
27.21	Müşahade odalarında hasta kalış sürelerine ilişkin kayıtlar tutularak gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler yapılmalıdır.	10		X		X		
27.22	Kritik hastaların acil serviste kaldığı süre boyunca izleminin yapılabileceği monitorize bir alan bulunmalıdır.	4		X		X		
27.23	Acil servise müracaatları sonucunda yatış kararı verilen hastaların acil serviste bekleme süreleri kayıt altına alınmalıdır.	4	X			X		
27.24	Bulunması gereken temel ilaçlar listesi oluşturulmalı; kritik stok seviyeleri ve miad takipleri otomasyon sistemi üzerinden yapılmalıdır.	10		X		X		
27.25	Acil serviste kullanılan tüm sarf malzemelerinin kritik stok seviyeleri belirlenerek miad takipleri yapılmalıdır.	6		X		X		
27.26	Acil servise konsültan doktor çağırma ve konsültan doktorun acil servise geliş saatleri kayıt altına alınmalıdır.	6		X		X		
27.27	Tuvaletler temiz tutulmalı ve tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, poşetli çöp kutusu olmalıdır.	6		X		X		
27.28	Acil serviste danışma birimi nitelik ve konum olarak hizmet vermeye uygun olmalıdır.	4		X		X		
27.29	Acil çalışılan tetkik/tahlil işlemlerinin sonuçlanma süreleri tespit edilmeli ve acil servis personel odalarına ve acil servis panosuna asılmalıdır.	4		X		X		
27.30	Hastaların tetkik sonuçları elektronik ortamda gönderilmeli; gönderilemeyenler ise ilgili personel tarafından doktora ulaştırılmalıdır.	4	X			X		
27.31	Sosyal güvencesi olmayan hastaların muayene, tedavi ve bakımına yönelik talimat bulunmalıdır.	4		X		X		
27.32	Müşahede altına alınan hastalar için Ordera; ilaç adı, dozu, zamanı, uygulama şeklini içerecek biçimde okunaklı olarak doktor tarafından tarih, saat belirtilerek ve kaşe kullanılarak yazılmalıdır.	4		X		X		
27.33	Müşahede altına alınan hastalar için Orderı alan, uygulayan sağlık personeli kendi ad-soyadı, orderı aldığı tarih ve saatini yazarak imzalamalıdır.	4		X		X		
27.34	Her hastadan sonra hasta yataklarında yastık, çarşaf ve nevresim temizi ile değiştirilmeli,	4	X			X		

	yataklar temiz ve düzenli tutulmalıdır.							
27.35	Acil servislerde boyunluk/boyunluklar bulundurulmalıdır.	4		X		X		
AMBULANS VE AMBULANS HİZMETLERİ								
28	Ambulans hizmetleri gerekli şartları karşılamalıdır.							
28.1	İlaçlar ve tıbbi malzemeler düzenli bir şekilde araç içine yerleştirilmelidir.	2	X			X		
28.2	Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde belirlenen ilaç listesindeki ilaçlar araçta bulundurulmalı ve günlük kontrolleri yapılmalıdır.	4	X			X		
28.3	İlaç listesi ve ilaç temini ile ilgili talimat hazırlanmalıdır.	2		X		X		
28.4	İlaçların kritik stok seviyesi belirlenmelidir.	2		X		X		
28.5	Sarf malzemesi ve ilaçların son kullanım tarihlerinin takibi yapılmalı ve ambulansın ihtiyaç bildirdiği ilaç ve sarf malzemesi anında karşılanmalıdır.	4		X		X		
28.6	Bütün tıbbi ekipman çalışır durumda olmalıdır.	6		X		X		
28.7	Tıbbi ekipmanların kalibrasyonu düzenli olarak yapılmalıdır.	4		X		X		
28.8	Her nöbet devrinde araç kontrolü yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	2		X		X		
28.9	Ambulansın ve tıbbi malzemelerin günlük temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon talimatları tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.	2		X		X		
28.10	Tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır.	2	X			X		
28.11	Ambulansdaki canlandırma teçhizatı ve malzemelerinin listesi olmalıdır.	2		X		X		
28.12	Ambulansdaki canlandırma teçhizatı ve malzemeleri yetişkinlere, çocuklara ve bebeklere yapılacak müdahaleler için uygun olmalıdır.	4	X			X		
28.13	Ambulansdaki canlandırma teçhizatı ve malzemelerin günlük kontrolleri yapılmalıdır.	4		X		X		
28.14	Personele, acil durumlarda tehlikeli atık ve malzemelerin depolanması, taşınması ve uzaklaştırılması için alınması gereken önlemler konusunda eğitim verilmelidir.	4		X		X		
28.15	Ambulansda yangın söndürme tüpü bulunmalı ve 3 ayda bir düzenli olarak kontrol edilmelidir.	2	X			X		
28.16	Ambulansda kullanılan ana sedyede korkuluk bulunmalıdır.	2	X			X		

28.17	Sedye, kızakları ve emniyet kemerinin kullanılabilir durumda olmasına yönelik günlük kontroller yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	4		X		X		
28.18	Hasta sedyeyle ambulansa alındıktan sonra sedye kızaklarının sabitlenmesine yönelik bir talimat olmalıdır.	4		X		X		
28.19	Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale durumlarında kişisel koruyucu ekipman (koruyucu elbise, eldiven, dezenfektan ve yüz maskesi) bulunmalıdır.	4	X			X		
28.20	Ambulans personeline hastaya tıbbi müdahale ile ilgili olarak İl Ambulans Servisi Başhekimliği'nden temel eğitim, ileri kardiyak(yaşam), pediatrik ve travma yaşam desteği konusunda yılda en az bir defa eğitim aldırılmalıdır.	6		X		X		
ECZANE HİZMETLERİ								
29	İlaçlar buldukları birimde, uygun koşullarda muhafaza edilmelidir.							
29.1	İlaçların saklandığı alanlar uygun fiziki koşullara sahip olmalıdır.	6	X			X		
29.2	Işıktan korunması gereken ilaçların saklandığı raflar ve bölmeler olmalıdır.	4	X			X		
29.3	İlaçların muhafaza edildiği oda veya bölümlerde ısı ve nem kontrolü yapılmalıdır.	4		X		X		
30	Buzdolabında kalibrasyonlu termometre ile ısı takibi yapılmalıdır.	6		X		X		
31	Eczane deposundaki kritik stok seviyeleri belirlenmelidir.							
31.1	İlaçların kritik stok seviyeleri otomasyon sistemi üzerinden takip edilmelidir.	10		X		X		
31.2	İlaç ve sarf malzeme grupları için periyodik miad kontrolleri yapılmalıdır.	8	X			X		
31.3	Birimlere gönderilen ilaçların son kullanma tarihleri belirtilmelidir (ambalajı üzerinde miadı bulunanlar hariç).	6	X			X		
31.4	Taburcu edilen hastalardan kalan ilaçların eczaneye iadesi ve bu ilaçların değerlendirilmesi ile ilgili bir talimat bulunmalıdır.	8		X		X		
32	Narkotik ilaçlar için gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.							

32.1	Yeşil ve kırmızı reçeteli ilaçlar kilit altında tutulmalıdır.	6	X			X		
32.2	Eczanelerde servislere gönderilecek ilaçların hazırlanma ve nakil usüllerine dair yazılı talimatname bulunmalıdır	4		X		X		
ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ								
33	Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan bir enfeksiyon kontrolü ve önlemeye yönelik bir düzenleme olmalıdır.							
33.1	Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı olmalıdır.	10		X		X		
33.2	Enfeksiyon kontrol ve önleme programının sorumluları bulunmalıdır.	4		X		X		
33.3	İhtiyaç duyulan hallerde ve yerlerde çalışan personel için kişisel koruyucu ekipman ve malzeme (sabun, dezenfektan, vb.) Bulunmalıdır.	4		X		X		
33.4	Kirli çamaşırların toplanması ve çamaşırhaneye transferine ilişkin talimat bulunmalıdır.	4		X		X		
33.5	Hizmet içi eğitim programında enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi ile ilgili bir eğitim yer almalıdır.	6	X			X		
33.6	Hangi hastaların izole edilmesi gerektiğini belirleyen bir talimat bulunmalıdır.	6		X		X		
33.7	Damlacık ve hava yolu ile temas izalasyonu için talimat bulunmalıdır.	6		X		X		
33.8	Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin içinde bir antibiyotik kontrol ekibi oluşturulmalıdır.	8		X		X		
33.9	Antibiyotik Kontrol Ekibi tarafından "Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksisi Prosedürü" hazırlanmalıdır .	10		X		X		
33.10	Hastanede 'Kısıtlı antibiyotik duyarlılık testi raporlama sistemi' uygulamaya geçirilmelidir.	10		X			X	
33.11	Hastane için hazırlanan temizlik, sterilizasyon ve dezenfeksiyon talimatları enfeksiyon kontrol komitesince onaylanmalıdır .	6		X		X		
33.12	Hastanedeki tüm alanların temizliklerinin düzenli olarak yapıldığı kontrol edilmelidir.	6		X		X		
33.13	Hastanedeki özel alanların (ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvar, küvez içi, hasta odası vb.) temizlik talimatları hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.	6		X		X		
34	Sterilizasyon ünitesi hizmet							

	sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.							
34.1	Sterilizasyon ünitesi işleyişi ile ilgili prosedür hazırlanmalıdır.	8		X		X		
34.2	Sterilizasyon ünitesinde her aşamada yapılanlar sürekli ve düzenli olarak kayıt altına alınmalıdır.	4		X		X		
34.3	Sterilizasyon ünitesinde kirli alanlar ile diğer alanlar ve paketlenme, depolama alanları ayrı olmalıdır.	4		X		X		
34.4	Etilen oksit (ETO) sterilizatörü kullanılıyorsa; çalışan ve çevre güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.	6			X			X
34.5	Sterilizasyon ünitesinin ortam sıcaklığı ve nem oranı takibi yapılmalı ve değerlerin uygun olması sağlanmalıdır.	4		X		X		
34.6	Sterilizasyon işlemi sırasında indikatörlerin kontrolü tam olarak yapılmalıdır.	6	X			X		
	HASTA ve ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ							
35	Hasta güvenliği için düzenlemeler yapılmalıdır.							
35.1	Hasta güvenliği planı/programından sorumlu bir ekip bulunmalıdır.	8		X		X		
35.2	Doğru hastaya, doğru işlemlerin yapılmasını sağlamaya yönelik kimlik tanımlayıcıları kullanılmalıdır (kimlik tanımlayıcısı olarak kullanılan hasta kimlik bilezikleri üzerinde protokol no, doğum tarihi, TC kimlik no, doğum yeri vb. tanımlayıcılardan en az üçü kullanılmalıdır).	10		X		X		
35.3	Yatış kararı verilen hastanın varsa kullandığı diğer ilaçlar kayıt altına alınarak ilgili doktora bildirilmelidir.	6	X			X		
35.4	Benzer isimli ilaçların yanlış kullanımını önlemeye yönelik benzer isimli ilaç listeleri bulunmalıdır.	6		X		X		
35.5	Hastaların düşme risklerinin azaltılmasına yönelik prosedür belirlenmelidir.	8		X		X		
35.6	Hastanede mavi kod uygulaması yapılmalıdır.	20		X		X		
35.7	Sözel orderlerin doğrulanmasına yönelik prosedür belirlenmelidir.	10		X		X		
35.8	Tedavi planı; ilaç adı, dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde, okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi doktoru tarafından yazılmalıdır.	6	X			X		

36	Güvenli cerrahi uygulamaları için önlemler alınmalıdır.							
36.1	Anestezi öncesi, ameliyat edilecek doğru bölge ve taraf işaretlenmeli ve bu işlem hastaya da doğrulattırılmalıdır.	10		X		X		
36.2	Ameliyat odasında sesli olarak doğru hasta, doğru taraf, doğru işlem doğrulaması yapılmalıdır.	10		X		X		
36.3	Cerrahi güvenlik kontrol listesine göre doğrulama yapılmalıdır.	20		X		X		
37	Enfeksiyon riskinin azaltılması için gerekli önlemler alınmalıdır.							
37.1	Hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı ve analizi yapılmalıdır.	8		X		X		
37.2	Bölmelere göre hastane enfeksiyon oranları ve hızları izlenerek raporlanmalıdır.	8		X		X		
38	Hastalar için Bilgi Güvenliği Politikaları tanımlanmalıdır.	10		X		X		
39	İlaç güvenliği talimatı hazırlanmalıdır.							
39.1	İlaçların güvenli uygulamasına yönelik bir prosedür bulunmalıdır.	10		X		X		
39.2	Hastane yönetimi; adı, ambalajı, birbirine benzeyen ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve farklı uygulama formu bulunan ilaçların kullanımı ve yönetimi konusunda bir politika belirlemelidir.	8		X		X		
39.3	Yüksek riskli ilaçların (konsantre elektrolit çözeltileri, intravenöz antikoagülanlar, insülin, antineoplastik ajanlar, opioidler, narkotikler vb.) üzerine kırmızı uyarı etiketi yapıştırılmalıdır.	10		X		X		
39.4	Servislerde/ Ünitelerde adı, ambalajı birbirine benzeyen ve pediatrik dozdaki ilaçlar ayrı raflarda depolanmalıdır.	8		X		X		
39.5	Hastanede kullanılan ilaçlar için ilaç-ilaç, ilaç-besin etkileşim listeleri oluşturulmalıdır.	8		X		X		
40	Güvenli Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu uygulamaları için gerekli düzenleme yapılmalıdır.							
40.1	Kan transfüzyonu uygulanacak hastadan kan örneği alınırken hastanın kimlik bilgileri dosyasından, kol bandından ve kendisinden teyid edilmeli ve numunenin üzerine numune	6	X			X		

	alındığı anda etiket yapıştırılmalıdır.							
40.2	Kan bankasından gelen kan ve kan ürünleri cross-match formu ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilmelidir.	6		X		X		
40.3	Kan bankası/merkezi işleyişi ile ilgili prosedür hazırlanmalıdır.	8			X			X
40.4	Kan bankasında yapılan tarama testleri için uygun metotlar kullanılmalıdır.	4			X			X
40.5	Kan ve komponent saklama dolapları ve ortamlarının (kan saklama dolabı, derin dondurucu, inkübatör veya soğuk odalar) ısı takibi yapılmalıdır.	8			X			X
40.6	Kan ve komponentlerinin hastane içinde transferi ve ürün iadesi uygun koşullarda gerçekleşmelidir.	8		X		X		
40.7	Donör seçim kriterlerini içeren bir talimat hazırlanmalıdır.	4			X			X
40.8	Kan merkezi personeli kan bankacılığı ve transfüzyon tıbbına yönelik eğitim almış olmalıdır.	4			X			X
41 Çalışan güvenliği için düzenlemeler yapılmalıdır.								
41.1	Çalışan güvenliği plan/programından sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır.	4		X		X		
41.2	Kesici ve delici alet yaralanmalarını önlemeye yönelik düzenleme yapılmalı ve meydana gelen yaralanmalar takip edilmelidir.	8		X		X		
41.3	Riskli bölümlerde çalışan personelin sağlık taramaları düzenli olarak yapılmalıdır.	8		X		X		
41.4	Kemoterapi hazırlama-uygulama alanları gibi yüksek riskli bölümlerde çalışan personelin güvenliklerini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	8		X		X		
41.5	Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde kişisel koruyucu ekipman (nem bariyerli elbise, eldiven, yüz maskesi) bulundurulmalıdır.	6	X			X		
42 El hijyeni programı uygulanmalıdır.								
42.1	El hijyeni için program hazırlanmalıdır.	14		X		X		
42.2	Sağlık hizmeti verilen alanlarda el antiseptik solüsyonu bulunmalıdır.	14		X		X		
42.3	Personelin görebileceği alanlarda el hijyeni uygulamasını anlatan bilgilendirici materyal (resimli tabela, grafik, yazı, talimat vb.)	10		X		X		

	bulunmalıdır.							
KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ								
43	Hastane, hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikâyetlerini değerlendirme sistemine sahip olmalıdır.							
43.1	Hasta hakları birimi görülebilecek ve kolaylıkla ulaşılabilecek bir yerde bulunmalıdır.	8	X			X		
43.2	Hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerini ve önerilerini kolaylıkla ulaştırabilmesini sağlayacak şikayet kutuları veya benzeri uygulamalar bulunmalıdır.	6		X		X		
43.3	Hasta ve hasta yakınlarının öneri ve şikayetleri değerlendirilip iyileştirme faaliyeti yapılmalıdır.	6		X		X		
44 Hastane idaresi hizmet sunum süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik değerlendirme toplantıları yapmalıdır.								
44.1	Hastane idaresi hizmet sunum süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik her dönem tüm birimlerle değerlendirme toplantıları yapmalı ve toplantı tutanaklarını ve yapılan iyileştirme çalışmalarını kayıt altına almalıdır.	8		X		X		
44.2	Hastane idaresi acil servis sorumluları ile aylık değerlendirme toplantıları yapmalı ve toplantı tutanaklarını ve yapılan iyileştirme çalışmalarını kayıt altına almalıdır.	8		X		X		
45 Personelin tanıtım (yaka) kartları olmalıdır.								
45.1	Hastane yönetimi tarafından düzenlenmiş standart bir dizayna sahip personel tanıtım kartı bulunmalıdır.	4		X		X		
45.2	Personel, tanıtım kartlarını üzerlerinde açıkça görülebilecek şekilde takmalıdır.	4		X		X		
46 Hasta memnuniyet anketleri usulüne uygun gerçekleştirilmelidir.								
46	Hasta memnuniyet anketleri usulüne uygun gerçekleştirilmelidir.	10	X			X		
47 Hastanenin web sayfasında doktorlara ait bilgilendirme (uzmanlık dalı ve ilgilendiği alanlar) yapılmalıdır.								
47	Hastanenin web sayfasında doktorlara ait bilgilendirme (uzmanlık dalı ve ilgilendiği alanlar) yapılmalıdır.	6		X		X		
48 Mevzuatça belirlenmiş komite ve kurul vb. birimler etkili çalışmalıdır. (Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Performans ve Kalite								

	Birimi vb.)							
48.1	Kurulların veya birimlerin oluşturulduğunu gösteren onaylar bulunmalıdır.	2	X			X		
48.2	Hastane yönetimi tarafından bu birim veya kurulların çalışma usul ve esasları yazılı olarak belirlenmelidir.	6		X		X		
48.3	Mevcut mevzuat ve hastanenin niteliğine göre bulunması gereken kurul, komite veya birimlerin çalışmalarını gösteren toplantı tutanakları bulunmalıdır.	6	X			X		
49 Hastane, çalışanların görüş ve önerilerini değerlendirme sistemine sahip olmalıdır.								
49.1	Personelin görüş ve önerilerini hastane yönetimine iletilmesi için bir sistem (dilek kutuları, mail adresi vb) bulunmalıdır.	8		X		X		
49.2	Görüş ve önerilerin periyodik olarak değerlendirildiği raporlar olmalıdır.	8		X		X		
49.3	Raporlar doğrultusunda yapılması planlanan çalışmalara dair kayıtlar bulunmalıdır.	4		X		X		
49.4	Çalışan memnuniyeti anketleri usulüne uygun olarak gerçekleştirilmelidir.	10		X		X		
50 Personelin mesleki ve kişisel gelişimine katkı sağlayacak hizmet içi eğitimler verilmelidir.								
50.1	Personelin eğitim durumu (lise, ön lisans, lisans, yüksek lisans vb.), sertifikaları, hizmet içi eğitim belgeleri, yabancı dil bilgisi ve diğer niteliklerinin yer aldığı dosyaların bulunduğu personel bilgi sistemi bulunmalıdır.	8	X			X		
50.2	Personel eğitimleri planlanmalı ve düzenlenen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.	6	X			X		
50.3	Uyum eğitimi konularını içeren oryantasyon rehberi hazırlanmalıdır.	10		X		X		
50.4	Göreve yeni başlayan her bir meslek grubu için uyum eğitimleri verilmelidir	6		X		X		
50.5	Kurum ve birim bazında hedefler belirlenerek çalışanlar bilgilendirilmelidir.	10		X		X		
50.6	Personelin görebileceği bir yerde ilan ve bilgilendirme panosu/panoları bulundurulmalıdır.	6	X			X		
51 Poliklinik binasındaki tuvaletlerin temizliği yeterli olmalıdır.								
51.1	Tuvaletlerin sürekli temiz kalması sağlanmalıdır.	10	X			X		

51.2	Tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, poşetli çöp kutusu vb. olmalıdır.	10		X		X		
HASTANE BİLGİ SİSTEMİ								
52	Hastane bilgi sistemi hasta kayıt, merkezi yatış, poliklinik, vezne, eczane, depo, laboratuvar, faturalandırma işlemlerini entegre bir biçimde gerçekleştirmelidir.	4	X			X		
53	Hastane Bilgi Sistemi, bilgi yönetimi, istatistik ve raporlama işlemlerini gerçekleştirmelidir.					X		
53.1	Muayene ve girişimsel işlemlere ait istatistiklerin raporlanması sağlanmalıdır.	8	X			X		
54	Bilgi işlem destek hizmetleri kesintisiz (24 saat) vermelidir.							
54.1	Hastane bilgi sistemi bakım ve destek hizmetleri kesintisiz olarak sağlanmalıdır. Bunun için 24 saat boyunca ulaşılabilecek teknik destek personeline ait telefon numaraları mesai saatleri dışında nöbetçi ekip tarafından bilinmelidir.	4	X			X		
55	Stok takip, satın alma ve demirbaş işlemleri aktif olarak bilgi sistemine kayıt etmelidir. (MKYS)							
55.1	Sistem üzerinden MKYS sistemine taşınırların giriş ve çıkışları zamanında yapılmalıdır.	4		X		X		
56	Döner sermaye, muhasebe ve finansman işlemleri kayıtları düzenli ve zamanında tutmalıdır. (TDMS)							
56.1	Hastanenin finansal durumu sistem üzerinden izlenmeli ve mali analizler yapılmalıdır.	6		X		X		
56.2	Hastane mali durum değerlendirme toplantısı yapılmalıdır.	6		X		X		
57	Hastane otomasyon sisteminde sadece yönetici yetkileri ile ulaşılabilen, sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hataları ile ilgili kayıtları tutan, salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut	6		X		X		

	olmalıdır.							
58	Hastane bilgi yönetim sistemine erişimde, yetkilendirme yapılması sonucu, verilere sadece ulaşması gereken kişilerin ulaşması sağlanarak hastalar ile ilgili mahrem bilgiler yetkisiz erişimlere karşı güvence altına alınmalıdır.							
58.1	Hastaya verilen hizmetlerin ve yapılan işlemlerin kayıtlarına önceden belirlenmiş yetki düzeyleri tarafından ulaşılabilmesine imkan veren yazılıma sahip olmalıdır.	4	X			X		
59	Personel işlemleri uygun veri tabanı üzerinde aktif olarak yapılmalıdır. (İKYS)							
59.1	İKYS sistemine personel hareketleri ile ilgili veri girişleri zamanında yapılmalı ve sistemdeki bilgiler güncel olmalıdır.	4	X			X		
60	Aile hekimliği uygulanan illerde randevu sistemi aktif olarak kullanılmalıdır. (on-line randevu sistemi)							
60.1	Aile hekimliğine geçilen illerde aile hekimlerinin hastane bilgi sistemi üzerinden randevu alabilmelerini mümkün kılacak düzenlemeler bulunmalıdır.	8			X			X
61	Aile hekimliği uygulanan illerde randevu sistemi üzerinden düzenli geri bildirim yapılmalıdır.							
61.1	Aile hekimliğine geçilen illerde söz konusu hastanenin bilgi sistemi üzerinden aile hekimlerine gerekli bilgi aktarımı yapılabilmesine imkan veren düzenleme bulunmalıdır.	6			X			X
62	Aile hekimliği uygulanan illerde hastanede tespit edilen gebeler ilgili aile hekimine bildirilmelidir.	6			X			X
63	Hastane bilgi sistemindeki verilerin yedeklenmesi her gün düzenli olarak server haricinde bir ortama yapılmalıdır.	4	X			X		
64	Hastane bilgi formları aylık olarak düzenli doldurulmalıdır.	8	X			X		

65	Performans yönetimine ilişkin web tabanlı sistemlere veri aktarımı düzenli olarak yapılmalıdır.	14	X			X		
66	Hastane yönetimi mevcut branşlar(acil servis, yoğun bakım ve diğer servisler) ve bu branşların boş yatak durumlarına ilişkin bilgileri (günde 2 defa) İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezine otomasyon sistemi üzerinden vermelidir.	10	X			X		
HASTA KAYITLARI VE DOSYASI								
67	Kurum hasta dosyalarının usulüne uygun doldurulduğunu kontrol eden bir düzenlemeye sahip olmalıdır.							
67.1	Yatan hasta dosyalarının, içerik (hastanın muayene sürecinden çıkış aşamasına kadar yapılan tüm işlemler) bakımından eksiksiz olmasını sağlamak üzere kontrol talimatı bulunmalıdır.	4		X		X		
67.2	Ameliyat raporları doktor tarafından aynı gün içerisinde kayıt altına alınmalıdır.	10	X			X		
67.3	Hastanın hastalığına ve tedavisine yönelik bilgilendirme ve onay formu doldurulmalıdır.	8	X			X		
67.4	Hasta çıkartılırken, hastanın başvuru nedeni, önemli bulguları, konulan teşhis, uygulanan tedaviler, verilen ilaçlar, hastanın çıkartılırken ne durumda olduğu, dışarıda kullanacağı ilaçlar, acil durumlarda aranacak telefon numaraları ve takip talimatlarının bulunduğu taburculuk özeti iki nüsha olarak hazırlanmalı ve bir nüshası hastanın dosyasına konulmalı bir nüshası ise hastaya verilmelidir.	8		X		X		
67.5	Hastaların kendi laboratuvar tetkik ve tahlil sonuçlarına internet üzerinden güvenli ve mahremiyet kurallarına uygun bir biçimde ulaşabilmesi için gerekli düzenleme yapılmalıdır.	10		X		X		
ARŞİV								
68	Arşiv bölümü hizmet sunumu için mevzuata uygun şartları taşımaktadır.							
68.1	Devlet arşiv hizmetleri hakkında yayınlanmış olan yönetmeliğin koruma yükümlülüğünü taşımaktadır.	4	X			X		
68.2	Dosyaların ne şekilde kabul edileceği ve	6		X		X		

	dosyada olması gereken muhteviyat yazılı olarak belirlenmelidir.							
68.3	Yazılı olarak tanımlanmış dosya saklama, imha usul ve esasları bulunmalıdır.	4		X		X		
68.4	Dosyalama işlemlerinde standart dosya planı uygulanmalıdır.	6	X			X		
68.5	Yangın, su baskını vb. olaylarda alınacak önlemlere ilişkin talimat bulunmalıdır.	4	X			X		
68.6	Yatarak tedavi olan her hasta için sabit bir dosya numarasını taşıyan arşiv sistemi olmalıdır.	6	X			X		
TESİS YÖNETİMİ VE GÜVENLİK								
69	Hastane yerleşkesinde çevre düzenlemesi yapılmalıdır.							
69.1	Hastane yerleşkesinde oturma bankları bulunmalıdır.	4	X			X		
69.2	Araç trafiği (park, geliş-gidiş vb.) için gerekli düzenleme yapılmalıdır.	4	X			X		
69.3	Çevre temizlik talimatı bulunmalıdır.	4		X		X		
70	Hastanenin tesis güvenlik planı bulunmalı ve sorumluları belirlenmelidir.							
70.1	Yangın çıkış levhaları hastane içinde uygun yerlere ve görülebilecek şekilde yerleştirilmelidir.	4	X			X		
70.2	Yangın çıkış kapılarına erişim kolay olmalı ve çıkış kapılarında herhangi bir engel bulunmamalıdır.	4	X			X		
70.3	Yangın söndürücülere erişim kolay olmalı ve düzenli olarak kontrolleri yapılmalıdır.	4	X			X		
70.4	Yangın tatbikatları periyodik olarak yapılmalı (en az yılda bir kez) ve görüntü kayıtları bulunmalıdır.	10		X		X		
70.5	Hastane, acil durumlara, salgınlara, doğal/diğer afetler için ilgili mevzuat ve düzenlemeler çerçevesinde bir eylem planı hazırlamalıdır.	6	X			X		
70.6	Sıkıştırılmış gaz konteynırları sabitlenmiş olmalıdır.	4	X			X		
70.7	Elektrik, medikal gaz ve atık su sistemlerinin denetimi ve bakımı düzenli olarak yapılmalıdır.	6		X		X		
70.8	Güvenlik hizmetleri bakımından, beklenmedik durumlara (Adli vb. olaylar) dair tedbirleri içeren talimat hazırlanmalıdır.	4		X		X		
70.9	Elektrik şebekesi dışında hastanenin elektrik ihtiyacını karşılayacak jeneratör bulunmalıdır.	8	X			X		
70.10	Asansörlerin bakımları bakım planı	6	X			X		

	çerçevesinde düzenli olarak yapılmalıdır.							
71	Atık yönetimi için gerekli düzenleme bulunmalıdır.							
71.1	Tıbbi atık deposu bulunmalıdır.	4	X			X		
71.2	Tıbbi atık deposunun temizliği periyodik olarak yapılmalıdır.	4	X			X		
71.3	Tıbbi ve diğer atıkların kaynağında ayrıştırılarak (mavi, siyah, kırmızı çöp torbaları, iğne atık kutuları vb) toplanması, taşınması ve depolanması sağlanmalıdır.	4	X			X		
72	Hastane bina turları yapılmalıdır.							
72.1	Bina turlarını yapacak sorumlular belirlenmelidir.	4		X		X		
72.2	Bina turlarının nasıl yapılacağına dair düzenleme bulunmalıdır.	4		X		X		
72.3	Hastane yönetimi tarafından hastanedeki işleyişin denetimiyle ilgili bina turları yapılmalıdır.	4		X		X		
72.4	Bina turları sonucunda tespit edilen sorunların (bakım, onarım vb.) giderilmesi amacıyla bir faaliyet planı yapılmalıdır.	8		X		X		
72.5	Hastanenin havalandırma sisteminin denetimi ve bakımı düzenli olarak yapılmalıdır.	4		X		X		
72.6	Hastanedeki tüm birimlerin genel temizliği kontrol edilmelidir.	4	X			X		
73	Tehlikeli maddelerle (kimyasallar, kemoterapötik ajanlar, radyoaktif malzeme ve atıklar, zararlı gaz ve buharları, tıbbi ve bulaşıcı atıklar) ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.							
73.1	Tehlikeli maddelerin kullanımı ve kontrolüne yönelik talimat olmalıdır.	6		X		X		
73.2	Tehlikeli maddelerin depolanması ve transferine yönelik talimat olmalıdır.	6		X		X		
73.3	Tehlikeli madde ve atıkların envanteri bulunmalıdır.	4		X		X		
74	Şebeke suyundan hariç olmak üzere hastane su ihtiyacını karşılamak için gerekli düzenlemeye sahip olmalıdır.							
74.1	Hastanenin su deposu olmalıdır.	10		X		X		
74.2	Su depolarının bakımı düzenli olarak yapılmalıdır.	6		X		X		
74.3	Su numune kontrolleri düzenli olarak	6		X		X		

	yapılmalıdır.							
75	Hastane yönetimi dışarıdan aldığı hizmetlerin ilgili mevzuatı çerçevesinde denetlendiğine dair kayıtları kontrol edilmelidir (Temizlik, Güvenlik, Yemek, Laboratuvar, Görüntüleme vb.) .							
75.1	"Hastane Temizlik Komitesi" kurulmuş olmalı ve temizlik hizmetlerini denetlemelidir.	6		X		X		
75.2	Hastane yönetimi tarafından dışarıdan alınan hizmetlere yönelik bir denetim sistemi oluşturulmalıdır.	10	X			X		
	DEPOLAR							
76	Ana ve ara depolarla ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.							
76.1	Depolarda bulunan malzeme ve cihazlara ait envanter bulunmalıdır.	4	X			X		
76.2	Depolarda malzemeler için yerleşim planı bulunmalıdır (Malzemelerin plana uygun yerleştirildiği kontrol edilir).	6		X		X		
76.3	Depolara gelen ilaç ve malzemelerde "ilk giren ilk çıkar" prensibine uygun olan yerleşim planı olmalıdır.	4	X			X		
76.4	Depoda bulunan malzemelerin kritik stok seviyeleri otomasyon sistemi üzerinden takip edilmelidir.	10		X		X		
76.5	Stok uyarı seviyesi altına düşen malzemelerin takibi ve zamanında temini için bir düzenleme bulunmalıdır.	4		X		X		
76.6	İlaç ve malzemeler, kullanım talimatlarında belirtilen şartlarda (ısı, nem, ışık,vb.) muhafaza edilmelidir.	8	X			X		
76.7	Depoda bulunan malzemeler uygun şekilde istiflenmelidir.	8	X			X		
	MUTFAK							
77	Mutfakla ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.							
77.1	Mutfakta yemek hazırlama ve yıkama yerleri ayrı olmalı, yiyecek depolarının ısı, ışık ve nem kontrolleri yapılmalıdır.	6	X			X		
77.2	Mutfakta çalışan personel maske, eldiven ve bone kullanmalıdır.	6		X		X		
77.3	Mutfak taban ve duvarları, hijyenik şartlarda yıkamaya ve dezenfeksiyona elverişli olmalıdır.	8	X			X		

	ÇAMAŞIRHANE							
78	Çamaşırhane ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.							
78.1	Çamaşırhanenin taban ve duvarları yıkamaya elverişli olmalıdır.	8	X			X		
78.2	Çamaşırları yıkama talimatı bulunmalıdır.	6		X		X		
78.3	Kirli çamaşırlar kapalı saklama kabında taşınmalıdır.	6		X		X		
	MORG							
79	Morg ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.							
79.1	Soğuk hava düzeni bulunan çelik, paket tipi ölü muhafaza dolabı bulunmalıdır.	6	X			X		
79.2	Sıcak su imkanı sağlanmalıdır.	6	X			X		
79.3	Ex olmuş kişinin muhafaza edildiği ve/veya yıkandığı yerler her kullanımdan sonra dezenfekte edilmelidir.	6	X			X		
79.4	Morg çıkışı hastanenin ana ve acil girişinden ayrı olmalıdır.	4	X			X		
Açıklama: Her bir sorunun puan değeri karşısında belirtilmiştir. Sorunun karşılığı "EVET" ise tam puan "HAYIR" ise sıfır (0) puan olarak değerlendirilir.								
Hizmet Kalite Katsayısı = Verilen Toplam Puan/(Toplam Puan-Değerlendirme Dışı Puan Toplamı)				0,2648		0,9649		

EK 2 - Hastane Birimleri Arası İlişki Tablosu

	Kadın Has. Ve Doğ. Polikliniği	Acil Polikliniği	Yataklı Tedavi Hizmetleri	Ameliyathane	Laboratuvar	Doğumhane	Yeni Doğan Ünitesi
Kadın Has. Ve Doğ. Polikliniği		X	X	X	X	X	X
Acil Polikliniği	X		X	X	X	X	X
Yataklı Tedavi Hizmetleri	X	X		X	X	X	X
Ameliyathane		X	X		X		
Laboratuvar	X	X	X	X		X	X
Doğumhane	X	X	X		X		X
Yenidoğan Ünitesi			X			X	

Tablo 4.2 Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniği Proses Akış Şeması

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI		TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
		İŞ AKIŞI			
OP-01: HASTANIN KAYIT YAPTIRILARAK POLİKLİNİĞE GELMESİ	-HASTA KAYIT PROSES AKIŞ ŞEMASI -HASTA TANITIM KARTI -BARKOD				
OP-02: HASTANIN POLİKLİNİĞE DAVETİ/ VERİ KAYIT ELEMANI	-BİLGİSAYAR PROGRAMI			-EK RAN	-HASTA
OP-03: HASTANIN KAYDININ YAPILMASI/ VKE	-BARKOD(4NÜSHA) -BİLGİSAYAR PROGRAMI- (SOSYAL GÜVENLİK KURUMU) KARNESİ -SEVK KAĞIDI -YEŞİL KART -VİZİTE KAĞIDI -POLİKLİNİK VERİ KAYIT ELEMANI ÇALIŞMA TALİMATI TC KİMLİK NO NÜFUS KAĞIDI			-OTOMASYON SİSTEMİ	
OP-04: HASTANIN TANI VE TEDAVİ İÇİN POLİKLİNİĞE ALINMASI / UZMAN HEKİM, VKE	-SGK EVRAKI -BARKOD				
OP-05: ANEMNEZİN ALINMASI/ UZMAN HEKİM	-SGK EVRAKI				
KN-01: FİZİK MUAYENE VE/VEYA YARDIMCI MUAYENE YÖNTEMLERİ/ UZMAN HEKİM	-SGK EVRAKI -HEYET RAPORU (VARSA) -İSTİRAHAT RAPORU (VARSA) -LAB TETKİK SONUÇLARI (VARSA)				
OP-06: FİZİK MUAYENENİN GERÇEKLEŞTİRİLMESİ/ UZMAN HEKİM, SAĞLIK PERSONELİ				-REÇETE (GEREKLİ İSE VE MUAYENE YETERLİ İSE)	
KN-02: HASTA HAKKINDA KARAR/ UZMAN HEKİM, VKE				-TETKİK İSTEMİ (OTOMASYON SİSTEMİ) BARKOD -KADIN SAĞLIĞI ÖN TANI KAYIT FORMU	
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:			



KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI

DOK NO: PAŞ-02-A
YAY TAR: 30.10.2008
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 2 / 5

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
KN-03: YATAKLI YA DA AYAKTAN TEDAVİ KARARI/ UZMAN HEKİM				
OP-07: AYAKTAN TEDAVİ İŞLEMİNİN SONUÇLANDIRILMASI/ UZMAN HEKİM	-VADEMECUM -ULTRASON CİHAZI KULLANMA VE BAKIM TALİMATI		-REÇETE (GEREKLİ İSE) -İŞ GÖREMEZLİK BELGESİ (ÇALIŞANLAR İÇİN) -SAĞLIK RAPORU (DOĞUM ÖNCESİ VE SONRASI İZİN KAĞIDI) (ÇALIŞANLAR İÇİN) -SAĞLIK KURULU BAŞVURU FORMU (OTOMASYON SİSTEMİ) -DİĞER RAPORLAR (OTOMASYON SİSTEMİ)	-HASTA -(REÇETE YAZILDIYSA) BAŞHEKİMLİK (SAĞLIK KURULU)
OP-08: AYAKTAN TEDAVİ HİZMETİNİN SONLANDIRILMASI	-(REÇETE YAZILDI İSE) HASTANE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ			
KN-04: YATAKLI TEDAVİ YA DA ACİL POLİKLİNİĞİNE DAHİLİ SEVK/ UZMAN HEKİM				
OP-09: ACİL POLİKLİNİĞİ İŞLEMLERİ	-ACİL POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI			
OP-10: HASTAYA YATIŞ ÖNERİSİNİN SUNUMU VE ONAY ALINMASI/ UZMAN HEKİM			-HASTA YATIŞ FORMU (OTOMASYON SİSTEMİ)	-HASTA
KN-05: HASTANIN YATIŞ KARARININ UYGULANMASI, SERVİSE BİLGİ İLETİMİ / UZMAN HEKİM, HASTA, HASTA YAKINI			-OTOMASYON SİSTEMİ (AÇIKLAMA) -TELEFON	-SERVİS HEMŞİRESİ
OP-11: YATAKLI TEDAVİ HİZMETİ	-YATAKLI TEDAVİ PROSES AKIŞ ŞEMASI			
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:		



KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI

DOK NO: PAŞ-02-A
YAY TAR: 30.10.2008
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 3 / 5

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
KN-06: SEVK YA DA TETKİK İŞLEMLERİ				
KN-07: ÖRNEK ALMA YADA HASTANIN LABORATUVARA YÖNLENDİRİLMESİ				
OP-12: HASTADAN ÖRNEK ALINMASI/ UZMAN HEKİM	-SARF MALZEMELERİ LİSTESİ		-KADIN SAĞLIĞI ÖN TANI KAYIT FORMU -ÖRNEK -OTOMASYON SİSTEMİ	-VERİ KAYIT ELEMANI
OP-13: ÖRNEĞİN LABORATUVARA TESLİMİ/ VERİ KAYIT ELEMANI	-ÖRNEK -KAN ÜRÜNLERİ TESLİM FORMU -PATOLOJİ SMEAR TESLİM FORMU			-LABORATUVAR VERİ KAYIT ELEMANI
OP-14: PATOLOJİ TETKİKLERİ	-PATOLOJİ LABORATUVARI PROSES AKIŞ ŞEMALARI		-LABORATUVAR TETKİK SONUÇLARI (SMEAR)	-HASTA
OP-15: LABORATUVAR HİZMETLERİ	-LABORATUVAR PROSES AKIŞ ŞEMALARI		-LABORATUVAR TETKİK SONUÇLARI	-HASTA
OP-16: TETKİK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ/ UZMAN HEKİM	-LABORATUVAR TETKİK SONUÇLARI		-LABORATUVAR TETKİK SONUÇLARI	-HASTA
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:		



KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI

DOK NO: PAŞ-02-A
YAY TAR: 30.10.2008
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 4 / 5

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
KN-08: İÇ YA DA DIŞ SEVK KARARI/ UZMAN HEKİM				
KN-09: ANESTEZİ KONSÜLTASYONU YA DA ACİL POLİKLİNİĞİNE SEVK İŞLEMİ/ UZMAN HEKİM			-OTOMASYON SİSTEMİ -TELEFON	-İLGİLİ HEKİM -HOSTES -HASTA BAKICI
OP-17: AİLE PLANLAMASINA HASTAYI YÖNLENDİRME/ UZMAN HEKİM			-OTOMASYON SİSTEMİ	-HASTA -DİYETİSYEN -PSİKOLOG -AİLE PLANLAMASI -AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIK
OP-18: DANIŞMANLIK HİZMETLERİ	-AİLE PLANLAMASI VE DANIŞMANLIK HİZMETLERİ POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI			
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:		


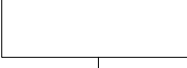
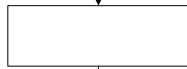
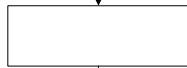
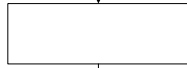
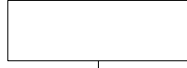
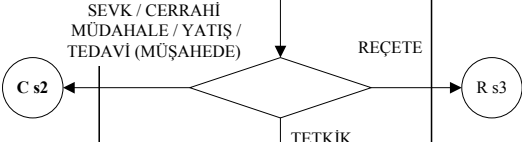

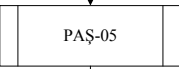
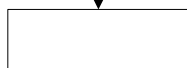
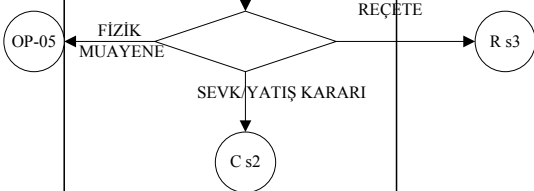


KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI

DOK NO: PAŞ-02-A
YAY TAR: 30.10.2008
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 5 / 5

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
KN-10: SEVK EDİLECEK KURUMLA BAĞLANTI KURULMASI VE ONAY ALINMASI/ UZMAN HEKİM				-İLGİLİ SAĞLIK KURUMU
OP-19: AMBULANS ÇAĞRILMASI/ UZMAN HEKİM			-TELEFON	-112 KOMUTA MERKEZİ -HASTANE -AMBULANSI
OP-20: ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURUMUNA SEVK İŞLEMLERİ HAZIRLIĞI/ UZMAN HEKİM			-OTOMASYON SİSTEMİ -(GEREKLİ İSE) HASTA SEVK FORMU (UZMAN HEKİM ONAYLI) -SGK EVRAKI -112 FORMU	-BAŞHEKİMLİK -HASTA/HASTA YAKINI
OP-21: SEVK İŞLEMİ İÇİN GEREKLİ ONAYLARIN ALINMASI	-OTOMASYON SİSTEMİ -(GEREKLİ İSE) HASTA SEVK FORMU (UZMAN HEKİM ONAYLI) -HASTANE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ			
OP-22: ACIL YATIŞ İÇİN SERVİSİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE HASTANIN YATIŞININ YAPILMASI/ UZMAN HEKİM			-OTOMASYON SİSTEMİ -TELEFON	-SERVİS HEMŞİRESİ
OP-23: SERVİS İŞLEMLERİ	-YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ PROSES AKIŞ ŞEMASI			
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:		

Tablo 4.4 Acil Polikliniği (Kadın Hastalıkları) Proses Akış Şeması

	ACIL POLİKLİNİĞİ (KADIN HASTALIKLARI) PROSES AKIŞ ŞEMASI		DOK NO: PAŞ-02-E YAY TAR: 19.12.2008 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 1/5	
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
OP-01: HASTALARIN ACIL POLİKLİNİĞİNE GELMESİ				
OP-02: HASTANIN ACIL POLİKLİNİĞİNDE KARŞILANMASI / UZMAN HEKİM, HEKİM, ACİL HEMŞİRESİ, EBE	-SGK EVRAKI -TETKİK BELGELERİ -ACİL SERVİS HAFTALIK / AYLIK ÇALIŞMA PROGRAMI			
OP-03: HASTANIN BAŞVURU İŞLEMLERİ YAPTIRMASI/UZMAN HEKİM,HEKİM,HEMŞİRE				-HASTA/HASTA YAKINI -YARDIMCI ELEMEN
OP-04: HASTANIN BAŞVURU İŞLEMLERİ / NÖBETÇİ MEMUR(GECE), VERİ KAYIT ELEMENLARI	-SGK EVRAKI -T.C. KİMLİK NO		-BARKOD OTOMASYON SİSTEMİ	
OP-05: HASTANIN ÖYKÜSÜNÜN ALINMASI VE FİZİK MUAYENESİ / UZMAN HEKİM, HEKİM, ACİL HEMŞİRESİ, EBE	-ULTRASONOGRAFI KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -TRIAJ TALİMATI		-OTOMASYON SİSTEMİ	
KN-01: HEKİM KARARI / UZMAN HEKİM, HEKİM				
OP-06: TETKİK İSTENMESİ/ HEKİM,HEMŞİRE,EBE			-ULTRASONOGRAFI İSTEK FORMU(GÜNDÜZ) -LABORATUAR İSTEK FORMLARI(OTOMASYON) -SMEAR TETKİK FORMU -OTOMASYON SİSTEMİ	
OP-07: LABORATUAR HİZMETLERİ	-LABORATUVAR PROSES AKIŞ ŞEMALARI			
OP-08: TETKİK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ/ UZMAN HEKİM	-OTOMASYON SİSTEMİ (TETKİK SONUÇLARI)			
KN-02: KARAR/ UZMAN HEKİM				
HAZIRLAYAN:	KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN:		



ACİL POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI

DOK NO: PAŞ-02-E
YAY TAR: 19.12.2008
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 2/5

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
KN-03: SEVK VEYA YATIŞ KARARI/ UZMAN HEKİM	-ULTRASONOGRAFİ İSTEK FORMU -LABORATUAR İSTEK FORMLARI -LAB. ÇIKTILARI			
OP-09: YATIŞ İÇİN GEREKLİ BELGELERİN DOLDURULMASI/ UZMAN HEKİM	-LAB. ÇIKTILARI		-HASTA YATIŞ FORMU -OTOMASYON SİSTEMİ	-HASTA YAKINI -SERVİS SORUMLU / NÖBETÇİ HEMŞİRESİ
OP-10: YATIŞ İŞLEMLERİ	-HASTA TAŞIMA TALİMATI -YATAKLI TEDAVİ İŞLEMLERİ PAŞ			
KN-04: SEVK KARARI/ UZMAN HEKİM				
OP-11: İLGİLİ SAĞLIK KURUMUNDAN TEYİT ALINMASI/ UZMAN HEKİM			-TELEFON	-İLGİLİ SAĞLIK KURUMU YETKİLİSİ
KN-05: KABUL VEYA RED İŞLEMİ /UZMAN HEKİM				
OP-12: SERVİS İŞLEMLERİ	-HASTA TAŞIMA TALİMATI -YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ PROSES AKIŞ ŞEMASI			
OP-13: 112 SERVİSİ ÖNCESİ İLGİLİ SAĞLIK KURUMUNDAN TEYİT ALINMASI / UZMAN HEKİM, ACİL HEMŞİRESİ, EBE	-SAĞLIK KURUMLARI TELEFON LİSTESİ		-TELEFON	-3. BASAMAK YETKİLİSİ
KN-06: KABUL VEYA RED İŞLEMİ /UZMAN HEKİM				
OP-14: SERVİS İŞLEMLERİ	-HASTA TAŞIMA TALİMATI -YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ PROSES AKIŞ ŞEMASI			
HAZIRLAYAN:	KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN:		



ACİL POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI

DOK NO: PAŞ-02-E
YAY TAR: 19.12.2008
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 3/5



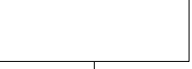
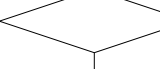

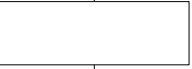


İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
		K s2		
OP-15: 112 NİN ARANMASI/ UZMAN HEKİM, ACİL HEMŞİRESİ, EBE		↓	-TELEFON	-112
OP-16: 112 SEVK İŞLEMLERİ/UZMAN HEKİM, ACİL HEMŞİRESİ, EBE		↓	-112 SEVK FORMU (3 NÜSHA) -EPIKRİZ FORMU -OTOMASYON SİSTEMİ	-112 (2 NÜSHA) -HASTA (EPIKRİZ FORMU)
OP-17: DOSYALAMA/ HASTANE MÜDÜRLÜĞÜ	-112 SEVK FORMU (1 NÜSHA) (TESLİM ALINDI ONAYLI)	↓		
		R s1		
OP-18: HASTAYA İLAÇ TEDAVİSİ UYGULANMASI/ UZMAN HEKİM, ACİL HEMŞİRESİ, EBE		↓	-REÇETE	
OP-19: TEDAVİNİN VE MUAYENE BULGULARININ KAYDEDİLMESİ/ UZMAN HEKİM, ACİL HEMŞİRESİ, EBE	-REÇETE -SGK EVRAKI	↓	-OTOMASYON SİSTEMİ	-HASTA (REÇETE)
OP-20: HASTANIN AYRILMASI/ HASTA		↓		
		İŞLEM SONU		
HAZIRLAYAN:	KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN:		




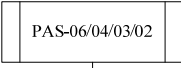

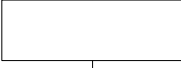

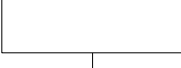
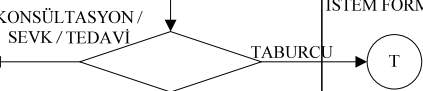
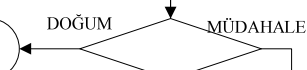
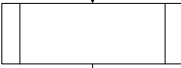


ACİL POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI

DOK NO: PAŞ-02-E
YAY TAR: 19.12.2008
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 4/5

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
OP-21: AMBULANS HEKİMİNİ ARANMASI/ AMBULANS HEMŞİRESİ			-TELEFON	-HEKİM -ŞOFÖR
OP-22:ŞOFÖR İŞLEMLERİ/ AMBULANS ŞOFÖR			-SEYRÜ SEFER DEFTERİ -TAŞIT GÖREV EMRİ	-İL İÇİ (NÖBETÇİ MEMUR/MÜDÜR YARDIMCISI) -İL DIŞI (UZMAN HEKİM VE NÖBETÇİ MEMUR
OP-23: PROTOKOL ALINMASI/HEKİM	-EPİKRİZ FORMU		-TELEFON -112 SEVK FORMU (3 NÜSHA)	-112
OP-24: HASTANIN TESLİM ALINMASI / AMBULANS HEKİMİ, AMBULANS EKİBİ, AMBULANS HEMŞİRESİ				
KN-07: AMBULANSIN HASTANEYE DÖNÜŞÜ, HASTAYLA İLGİLİ İŞLEMLERİN SONU				
OP-25: AMBULANSIN HASTANEYE DÖNÜŞÜ VE BELGELERİN TESLİM EDİLMESİ	-PROTOKOL		-SEYRÜ SEFER DEFTERİ -HASTA SEVK DEFTERİ	
HAZIRLAYAN:	KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN:		

	ACİL POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI			DOK NO: PAŞ-02-E YAY TAR: 19.12.2008 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 5/5	
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI	
					
OP-26: HASTANIN TEDAVİ ALTINA ALINMASI/ HEKİM, EBE, HEMŞİRE			-MÜŞAHEDE KAĞIDI		
KN-08: HASTA HAKKINDA KARAR/ HEKİM	-MÜŞAHEDE KAĞIDI				
OP-27: KONSÜLTAN HEKİMİN DAVETİ/ HEKİM			-ACİL SERVİS KONSÜLTAN DOKTOR ÇAĞIRMA / GELİŞ SAATLERİ FORMU	-KONSÜLTAN HEKİM	
OP-28: MUAYENE VE BULGULARIN KAYDEDİLMESİ/ KONSÜLTAN HEKİM, HEKİM			-OTOMASYON SİSTEMİ -KONSÜLTASYON KAĞIDI		
					
HAZIRLAYAN:	KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN:			

Tablo 4.6 Yataklı Tedavi Hizmetleri (Lohusa) Proses Akış Şeması




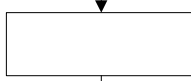
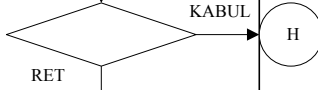
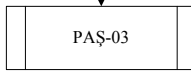

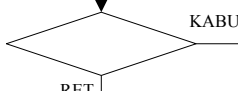
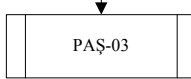

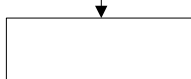
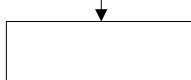

	YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ (LOHUSA) PROSES AKIŞ ŞEMASI	DOK NO: PAŞ-03-A YAY TAR: 13.11.2008 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 1/7		
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
OP-01: HASTANIN GELMESİ	-POLİKLİNİK PROSES AKIŞ ŞEMALARI -DOĞUMHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI -AMELİYATHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI -DİĞER YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ PROSES AKIŞ ŞEMALARI -ACİL POLİKLİNİĞİ PAŞ			
KN-01: HASTANIN GELİŞ ŞEKLİNE GÖRE İŞLEM KARARI				
OP-02: HASTA YATIŞ DOSYASININ İNCELENMESİ VE HEMŞİRE ANAMNEZİNİN ALINMASI/ SERVİS HEMŞİRESİ	-HASTA DOSYASI -HASTA TABELASI -BARKOD -SGK KARNESİ (VARSA) -T.C. KİMLİK NO -HASTA BİLEZİĞİ -HASTA BİLEZİĞİ KULLANMA TALİMATI		-OTOMASYON SİSTEMİ -HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA TANIMLAMA FORMU -SERVİS HEMŞİRESİ GÖZLEM KAĞIDI -SERVİS TEDAVİ DEFTERİ	
OP-03: HASTANIN YATIŞININ YAPILMASI VE SERVİS KURALLARI HAKKINDA BİLGİLENDİRİLMESİ/ UZMAN HEKİM, SERVİS HEMŞİRESİ	-HASTANE SERVİS KURALLARI TALİMATI		-HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU (İMZALI)	
OP-04: TEDAVİ PLANININ YAPILMASI/ UZMAN HEKİM	-HASTA DOSYASI -BARKOD -SGK KARNESİ (VARSA)		-HASTA TABELASI	-SERVİS HEMŞİRESİ
KN-02: TEDAVİ PLANININ UYGULANMASI/ SERVİS HEMŞİRESİ	-HASTA TABELASI -(VARSA) KONSÜLTASYON İSTEK FORMU (HEKİM NOTU)		-(GEREKLİ İSE) KAN İSTEM FORMU	-YARDIMCI PERSONEL (DEVLET HASTANESİ KAN MERKEZİNE İLETİM)
KN-03: RUTİN TETKİKLERİN GÜNCELLENMESİ VE TAMAMLANMASI/ SERVİS HEMŞİRESİ, OTOMASYON ELEMANI	-HASTA DOSYASI		-OTOMASYON SİSTEMİ (LABORATUVAR İSTEK KAĞIDI) -KAN ÜRÜNLERİ TESLİM FORMU	
OP-05: LABORATUVAR HİZMETLERİ	-LABORATUVAR PROSES AKIŞ ŞEMALARI		-OTOMASYON SİSTEMİ (TETKİK SONUÇLARI)	
OP-06: TETKİK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ/ UZMAN HEKİM	-OTOMASYON SİSTEMİ (TETKİK SONUÇLARI)			
OP-07: KONSÜLTASYON KAĞIDININ YAZILMASI VE ANESTEZİ UZMANININ DAVETİ/ UZMAN HEKİM			-KONSÜLTASYON KAĞIDI -TELEFON	-ANESTEZİ UZMANI
HAZIRLAYAN:	KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM		



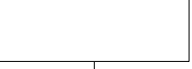

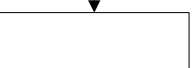

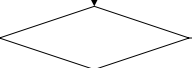







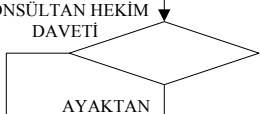






YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ (LOHUSA) PROSES AKIŞ ŞEMASI

DOK NO: PAŞ-03-A
YAY TAR: 13.11.2008
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 2/7

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
OP-08: ANESTEZİ KONSÜLTASYONU/ ANESTEZİ UZMANI, UZMAN HEKİM, SERVİS HEMŞİRESİ	-KONSÜLTASYON KAĞIDI		-KONSÜLTASYON KAĞIDI (ANESTEZİ BİLGİLENDİRME)	
KN-04: ANESTEZİ UZMANININ KARARI	-KONSÜLTASYON KAĞIDI (ANESTEZİ BİLGİLENDİRME)			-UZMAN HEKİM
OP-09: ANESTEZİ KAĞIDININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE AMELİYAT KARARI/ ANESTEZİ UZMANI, UZMAN HEKİM	-KONSÜLTASYON KAĞIDI (ANESTEZİ BİLGİLENDİRME)		-TELEFON	-AMELİYATHANE
OP-10: HASTANIN AMELİYAT ÖNCESİ BİLGİLENDİRİLMESİ VE AMELİYATHANEYE ALINMASI/ UZMAN HEKİM	-ONAY FORMU -AMELİYATA HAZIRLIK TALİMATI -AMELİYATHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI			-HASTA
KN-05: TETKİK SONUÇLARI VE TEDAVİ PLANI HAKKINDA KARAR VERİLMESİ/ UZMAN HEKİM	-HASTA DOSYASI -TETKİK SONUÇLARI			
OP-11: TIBBİ TEDAVİ PLANININ HAZIRLANMASI/ UZMAN HEKİM			-HASTA TABELASI	-SERVİS HEMŞİRESİ
OP-12: TIBBİ TEDAVİ PLANININ UYGULANMASI/ SERVİS HEMŞİRESİ	-HASTA TABELASI -NST CİHAZI KULLANMA VE BAKIM TALİMATI		-HEMŞİRE GÖZLEM KAĞIDI -TEDAVİ DEFTERİ -(GEREKLİ İSE) TRANSFÜZYON TAKİP FORMU -SERUM ETİKETİ	
KN-06: TEDAVİ SONRASI KARAR/ UZMAN HEKİM				
HAZIRLAYAN:	KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM		

	YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ (LOHUSA) PROSES AKIŞ ŞEMASI		DOK NO: PAŞ-03-A YAY TAR: 13.11.2008 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 3/7	
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
				
KN-07: SEVK KARARI/ UZMAN HEKİM				
OP-13: İLGİLİ SAĞLIK KURUMUNDAN TEYİT ALINMASI/ UZMAN HEKİM			-TELEFON	-İLGİLİ SAĞLIK KURUMU YETKİLİSİ
KN-08: KABUL VEYA RED İŞLEMİ /UZMAN HEKİM				
OP-14: SERVİS İŞLEMLERİ	-HASTA TAŞIMA TALİMATI -YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ PROSES AKIŞ ŞEMASI			
OP-15: 112 SERVİSİ ÖNCESİ İLGİLİ SAĞLIK KURUMUNDAN TEYİT ALINMASI / UZMAN HEKİM, ACİL HEMŞİRESİ, EBE	-SAĞLIK KURUMLARI TELEFON LİSTESİ		-TELEFON	-3. BASAMAK YETKİLİSİ
KN-09: KABUL VEYA RED İŞLEMİ /UZMAN HEKİM				
OP-16: SERVİS İŞLEMLERİ	-HASTA TAŞIMA TALİMATI -YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ PROSES AKIŞ ŞEMASI			
OP-17: 112 NİN ARANMASI/ UZMAN HEKİM, ACİL HEMŞİRESİ, EBE			-TELEFON	-112
OP-18: 112 SEVK İŞLEMLERİ/UZMAN HEKİM, ACİL HEMŞİRESİ, EBE			-112 SEVK FORMU (3 NÜSHA) -EPİKRİZ FORMU -OTOMASYON SİSTEMİ	-112 (2 NÜSHA) -HASTA (EPİKRİZ FORMU)
OP-19: DOSYALAMA/ HASTANE MÜDÜRLÜĞÜ	-112 SEVK FORMU (1 NÜSHA) (TESLİM ALINDI ONAYLI)			
				
HAZIRLAYAN:	KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM		

	YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ (LOHUSA) PROSES AKIŞ ŞEMASI		DOK NO: PAŞ-03-A YAY TAR: 13.11.2008 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA:4/7	
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
				
OP-20: AMBULANS HEKİMİNİ ARANMASI/ AMBULANS HEMŞİRESİ			-TELEFON	-HEKİM -ŞOFÖR
OP-21:ŞOFÖR İŞLEMLERİ/ AMBULANS ŞOFÖR			-SEYRÜ SEFER DEFTERİ -TAŞIT GÖREV EMRİ	-İL İÇİ (NÖBETÇİ MEMUR/MÜDÜR YARDIMCISI) -İL DIŞI (UZMAN HEKİM VE NÖBETÇİ MEMUR
OP-22: PROTOKOL ALINMASI/HEKİM	-EPİKRİZ FORMU		-TELEFON -112 SEVK FORMU (3 NÜSHA)	-112
OP-23: HASTANIN TESLİM ALINMASI / AMBULANS HEKİMİ, AMBULANS EKİBİ, AMBULANS HEMŞİRESİ				
KN-10: AMBULANSIN HASTANEYE DÖNÜŞÜ, HASTAYLA İLGİLİ İŞLEMLERİN SONU		 HASTANEYE DÖNÜŞ	İŞLEM SONU	
OP-24: AMBULANSIN HASTANEYE DÖNÜŞÜ VE BELGELERİN TESLİM EDİLMESİ	-PROTOKOL	 	-SEYRÜ SEFER DEFTERİ - HASTA SEVK DEFTERİ	
HAZIRLAYAN:	KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN:		





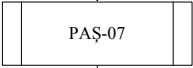
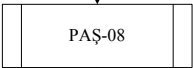



	YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ (LOHUSA) PROSES AKIŞ ŞEMASI		DOK NO: PAŞ-03-A YAY TAR: 13.11.2008 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 5/7	
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
				
OP-25: KONSÜLTASYON İSTEĞİ/ UZMAN HEKİM	-HASTA TABELASI		-KONSÜLTASYON İSTEK FORMU	-HASTA, HASTA YAKINI
KN-11: HASTA DURUMUNA GÖRE KARAR/ UZMAN HEKİM				
OP-26: HASTANIN KONSÜLTAN HEKİME GİTMESİ/ HASTA, REFAKATÇİ	-KONSÜLTASYON İSTEK FORMU			
OP-27: KONSÜLTASYON/ KONSÜLTAN HEKİM	-KONSÜLTASYON İSTEK FORMU		-KONSÜLTASYON İSTEK FORMU (KONSÜLTAN HEKİM NOTU)	
OP-28: HASTANIN HASTANEYE DÖNÜŞÜ/ HASTA, REFAKATÇİ	-KONSÜLTASYON İSTEK FORMU (KONSÜLTAN HEKİM NOTU) -YENİ TETKİK SONUÇLARI			-UZMAN HEKİM
OP-29: KONSÜLTAN HEKİMİN HASTANEMİZE DAVETİ/ UZMAN HEKİM	-KONSÜLTASYON İSTEK FORMU -TELEFON LİSTESİ		-TELEFON İLE	-KONSÜLTAN HEKİM
OP-30: HASTANIN FİZİK MUAYENESİ VE/VEYA CERRAHİ MÜDAHALE/ KONSÜLTAN HEKİM, UZMAN HEKİM	-KONSÜLTASYON İSTEK FORMU		-KONSÜLTASYON İSTEK FORMU (KONSÜLTAN HEKİM NOTU)	
				
HAZIRLAYAN:		KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM	




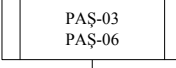

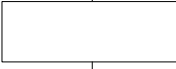
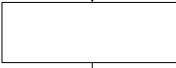
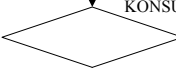

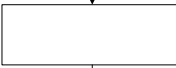
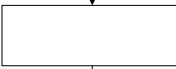
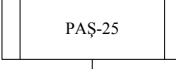
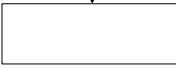
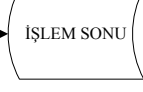
YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ (LOHUSA) PROSES AKIŞ ŞEMASI



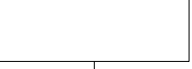

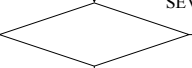



DOK NO: PAŞ-03-A
YAY TAR: 13.11.2008
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 6/7

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
OP-31: DOĞUMHANE İŞLEMLERİ	-DOĞUMHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI			
OP-32: ANNE İLE YENİDOĞANIN SERVİSE ALINMASI/ EBE, YARDIMCI PERSONEL	-HASTA DOSYASI -SGK KARNESİ			-SERVİS HEMŞİRESİ
OP-33: ANNE İLE YENİDOĞANIN YATAĞA ALINMASI, DOKTORUN BİLGİLENDİRİLMESİ/ SERVİS HEMŞİRESİ			-OTOMASYON SİSTEMİ -FENİL KETONÜRİ KAYDI (OTOMASYON) -AŞI KAYIT DEFTERİ -TEDAVİ DEFTERİ	-HEKİM
OP-34: ANNE İLE YENİDOĞAN İÇİN TAKİP VE TEDAVİ PLANININ HAZIRLANMASI/ UZMAN HEKİM			-HASTA TABELASI	-SERVİS HEMŞİRESİ
KN-12: YENİDOĞAN HAKKINDA KARAR/ UZMAN HEKİM	YENİDOĞAN ÜNİTESİ PAŞ			
OP-35: YENİDOĞAN İLE İLGİLİ TESTLERİN YAPTIRILMASI VE ANNE EĞİTİMİ/ UZMAN HEKİM (PEDIATRİST), SERVİS HEMŞİRESİ, EĞİTİM HEMŞİRESİ	-FENİL KETONÜRİ SETİ -FENİL KETONÜRİ TALİMATI -ANNE SÜTÜ EĞİTİMİ BROŞÜRÜ		-OTOMASYON SİSTEMİ (FENİL KETONÜRİ KAYDI) -AŞI KAYIT DEFTERİ -BEBEK AŞI KARTI -(GEREKLİ İSE) BEBEK KAN GRUBU -AYLIK EĞİTİM FORMU -AYLIK İSTATİSTİK FORMLARI -OTOMASYON SİSTEMİ -DOĞUM LİSTESİ -EMZİRME GÖZLEM FORMU	-LABORANT (KAN NUMUNELERİ) -İSTATİSTİK BİRİMİ (EMZİRME, ANNE ÖLÜMÜ) -EĞİTİM HEMŞİRESİ (FENİL KETONÜRİ, AŞI ÇIKTILARI)
OP-36: GEREKLİ TETKİKLERİN YAPTIRILMASI	-LABORATUVAR PROSES AKIŞ ŞEMASI		-OTOMASYON SİSTEMİ (LABORATUVAR TETKİK SONUÇLARI)	
OP-37: TETKİK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ/ UZMAN HEKİM, SERVİS HEMŞİRESİ	-OTOMASYON SİSTEMİ (LABORATUVAR TETKİK SONUÇLARI)		-HASTA DOSYASI	
HAZIRLAYAN:	KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM		

	YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ (LOHUSA) PROSES AKIŞ ŞEMASI		DOK NO: PAŞ-03-A YAY TAR: 13.11.2008 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 7/7	
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
				
OP-38: TABURCU KARARININ VERİLMESİ/ UZMAN HEKİM			-HASTA TABELASI -EPIKRİZ -SGK KARNESİ / REÇETE	-SERVİS HEMŞİRESİ
OP-39: TABURCU İŞLEMLERİNİN YAPILMASI VE KAYITLARIN İŞLENMESİ/ SERVİS HEMŞİRESİ, YARDIMCI PERSONEL	-HASTA TABELASI -EPIKRİZ -SGK KARNESİ / REÇETE		-OTOMASYON SİSTEMİ -TEDAVİ DEFTERİ (DÜŞÜŞ)	
OP-40: DOĞUM YAPILDI İSE DOSYANIN YENİDOĞAN SERVİSİNE İLETİMİ/ SERVİS HEMŞİRESİ	-HASTA DOSYASI -BEBEK TABELASI -YENİDOĞAN ÜNİTESİ PROSES AKIŞ ŞEMASI			
OP-41: DOSYANIN ECZANEYE İLETİMİ	-HASTA DOSYASI -BEBEK TABELASI (VARSA) -ECZANE PROSES AKIŞ ŞEMASI			
OP-42: HASTA DOSYASININ ALINMASI VE TABURCU KAYITLARININ HAZIRLANMASI/ SERVİS SEKRETERİ, SERVİS HEMŞİRESİ	-HASTA DOSYASI (KAŞELİ)		-MASRAF FORMU -EPIKRİZ -SGK KARNESİ / REÇETE -TABURCU OLABİLİR BELGESİ -DOĞUM RAPORU	-HASTA
OP-43: TABURCULUK İŞLEMLERİNİN TAMAMLANMASI/ SERVİS HEMŞİRESİ		 		
HAZIRLAYAN:	KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM		

Tablo 4.8 Ameliyathane Proses Akış Şeması

		AMELİYATHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI		DOK NO: PAŞ-04 YAY TAR: 13.11.2008 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 1/3	
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI	
OP-01: AMELİYATA HAZIRLIK İŞLEMLERİ	-YATAKLI TEDAVİ PROSES AKIŞ ŞEMASI -DOĞUMHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI				
OP-02: HASTANIN AMELİYATHANEYE GELİŞİ/ AMELİYATHANE HEMŞİRESİ, AMELİYATHANE PERSONELİ	-HASTA DOSYASI -AMELİYAT LİSTESİ -CERRAHI GÜVENLİK KONTROL LİSTESİ		-AMELİYAT DEFTERİ		
OP-03: HASTAYA BİLGİLENDİRME FORMUNUN İMZALATILMASI/ ANESTEZİ UZMANI, HASTA, HASTA YAKINI			-HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU (GENEL ANESTEZİ)		
OP-04: HASTANIN AMELİYAT MASASINA ALINMASI VE HAZIRLIK İŞLEMLERİ/ AMELİYATHANE HEMŞİRESİ, ANESTEZİ TEKNİSYENİ, AMELİYATHANE PERSONELİ	-AMELİYATA HAZIRLIK TALIMATI		-ANESTEZİ FİŞİ		
KN-01: AMELİYAT / UZMAN HEKİM, AMELİYATHANE HEMŞİRELERİ, ANESTEZİ UZMANI, ANESTEZİ TEKNİSYENİ					
OP-05: MALZEME KONTROLÜ, SAYIMI, AMELİYATIN TAMAMLANMASI VE HASTA UYANDIRMA/ ANESTEZİ TEKNİSYENİ, AMELİYAT HEMŞİRESİ	-CERRAHI GÜVENLİK KONTROL LİSTESİ		-ANESTEZİ FİŞİ -OTOMASYON SİSTEMİ (ILAÇ) -STERİLİZASYON FORMU -PATOLOJİ İSTEM FORMU -CERRAHI GÜVENLİK KONTROL LİSTESİ		
OP-06: HASTANIN POST-OP BAKIM ÜNİTESİNE TESLİMİ/ ANESTEZİ TEKNİSYENİ, AMELİYATHANE PERSONELİ	-ANESTEZİ FİŞİ -HASTA DOSYASI -PATOLOJİ KABİ -PATOLOJİ İSTEM FORMU			-SERVİS HEMŞİRESİ	
OP-07: POST-OP BAKIMI	-POST-OP BAKIM ÜNİTESİ PROSES AKIŞ ŞEMASI				
OP-08: MALZEMELERİN STERİLİZASYONU VE AMELİYATHANENİN TEMİZLİĞİ/ AMELİYATHANE HEMŞİRESİ, ANESTEZİ TEKNİSYENİ, AMELİYATHANE PERSONELİ	-OTOKLAV ÇALIŞTIRMA TALIMATI -STERİLİZASYON TALIMATI -AMELİYATHANE TEMİZLİK TALIMATI -ALET YIKAMA MAKİNASI KULLANMA TALIMATI -ANESTEZİ CİHAZI BAKIM TALIMATI		-TEMİZLİK FORMLARI		
NOT: EXITUS DURUMLARINDA "EX HASTA İŞLEMLERİ TALIMATI" NA UYGUN FAALİYET GERÇEKLEŞTİRİLİR.					
HAZIRLAYAN:	KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM			

	AMELİYATHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI			DOK NO: PAŞ-04 YAY TAR: 13.11.2008 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 2/3
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
				
OP-09: KONSÜLTASYON İHTİYACI TESPİTİ/ UZMAN HEKİM				-AMELİYATHANE HEMŞİRESİ
OP-10: İLGİLİ KONSÜLTAN HEKİMİN DAVETİ/ AMELİYATHANE HEMŞİRESİ	-KONSÜLTAN HEKİM LİSTESİ		-TELEFON İLE	-İLGİLİ KONSÜLTAN HEKİM
KN-02: KONSÜLTASYON / KONSÜLTAN HEKİM, UZMAN HEKİM, AMELİYAT HEMŞİRESİ				
OP-11: GEREKLİ MÜDAHALENİN YAPILMASI/ KONSÜLTAN HEKİM, UZMAN HEKİM, AMELİYATHANE HEMŞİRESİ		 		
HAZIRLAYAN:	KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM		



AMELİYATHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI



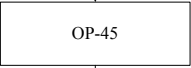

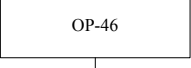


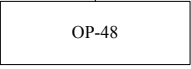
DOK NO: PAŞ-04
YAY TAR: 13.11.2008
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 3/3


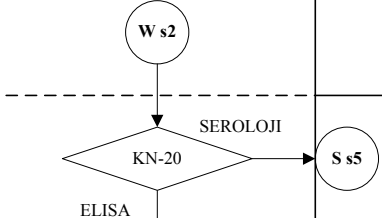
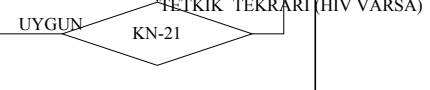
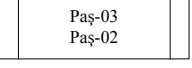
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
KN-03: SEVK KARARI/ UZMAN HEKİM				
OP-12: 2. VE 3. BASAMAKTAN TEYİT ALINMASI/UZMAN			-TELEFON	-3. BASAMAK YETKİLİSİ
KN-04: KABUL VEYA RED İŞLEMİ /UZMAN HEKİM				
OP-13: SERVİS İŞLEMLERİ	-HASTA TAŞIMA TALİMATI -YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ PROSES AKIŞ ŞEMASI			
OP-14: 112 SERVİSİ ÖNCESİ 3. BASAMAKTAN TEYİT ALINMASI / UZMAN HEKİM, ACIL HEMŞİRESİ, EBE	-2. VE 3. BASAMAK TELEFON LİSTESİ		-TELEFON	-3. BASAMAK YETKİLİSİ
KN-05: KABUL VEYA RED İŞLEMİ /UZMAN HEKİM				
OP-15: SERVİS İŞLEMLERİ	-HASTA TAŞIMA TALİMATI -SERVİS İŞLEMLERİ PROSES AKIŞ ŞEMASI			
HAZIRLAYAN:	KONTROL EDEN:	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM		

Tablo 4.10 Laboratuvar Proses Akış Şeması (Mikrobiyoloji)

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	LABORATUVAR PROSES AKIŞ ŞEMASI (MİKROBİYOLOJİ)		
		İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
OP-01: HASTANIN YA DA TETKİK MATERYALİNİN LABORATUVARA GELMESİ *HASTANIN BAŞVURUSU **DİĞER HASTANELERDEN SEVK	-YATAKLI TEDAVİ PROSES AKIŞ ŞEMASI -ACIL POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI -KAN ALMA BİRİMİ PROSES AKIŞ ŞEMASI	<pre>graph TD T((T s2/s7)) --> PAŞ[PAŞ-03 PAŞ-02 PAŞ-10] PAŞ --> KN{KN-01} Y((Y s9)) --> KN KN -- "LABORATUVARA MATERYAL GELMESİ" --> KN KN -- "HASTADAN MATERYAL ALINMASI" --> H((H s9)) KN --> M((M s2)) M --- MIKRO[MİKROBİYOLOJİ]</pre>		
KN-01: MİKROBİYOLOJİ ANALİZLERİ	-KAN /İDRAR ÖRNEKLERİ -GAITA ÖRNEĞİ -VÜCUT SIVILARI -KÜLTÜR ÖRNEKLERİ -SPERMİOGRAM ÖRNEKLERİ -BARKOD(2 TANE)			
HAZIRLAYAN:	ONAYLAYAN:			

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
		<pre> graph TD Ms1((M s1)) --> KN15{KN-15} KN15 -- "DİĞERLERİ (GAİTA)" --> Ds10((D s10)) KN15 -- "KÜLTÜR" --> Qs7((Q s7)) KN15 -- "KAN" --> KN15_2{KN-15} KN15_2 -- "ELISA VE SEROLOJİ" --> Ws4((W s4)) KN15_2 -- "HEMATOLOJİ" --> OP40[OP-40] OP40 --> KN16{KN-16} KN16 -- "MANUEL" --> Ls6((L s6)) KN16 -- "CİHAZLI" --> OP41[OP-41] OP41 --> V s3((V s3)) V s3 --> KN05{KN-05} KN05 -- "UYGUN" --> OP42[OP-42] KN05 -- "YENİ TETKİK MATERYALİ İSTENMESİ" --> OP43[OP-43] OP42 --> T s1((T s1)) OP43 --> PAŞ05[PAŞ-05 PAŞ-03] </pre>		
KN-02: TETKİK TİPİNE GÖRE İŞLEM KARARI/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, BİYOLOG, LABORATUVAR TEKNİSYENİ	-KAN ÖRNEKLERİ -GAİTA ÖRNEĞİ -VÜCUT SIVILARI -KÜLTÜR ÖRNEKLERİ -SPERMİOGRAM ÖRNEKLERİ BARKOD (2 ADET)			
KN-03: KAN TESTLERİ				
OP-02: HEMATOLOJİ LABORATUVARINDA KAYIT İŞLEMİNİN YAPILMASI/ LABORATUVAR TEKNİSYENİ	-KAN ÖRNEKLERİ (BARKODLU)		-OTOMASYON SİSTEMİ	
KN-04: KAN TETKİKLERİ HAZIRLIĞI/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, LABORATUVAR TEKNİSYENİ	-KAN ÖRNEKLERİ -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI			
OP-03: TETKİKLERİN YAPILMASI VE SONUÇLARIN ALINMASI/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, LABORATUVAR TEKNİSYENİ	-KAN SAYIM CİHAZI KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -JEL SANTRİFÜGASYON CİHAZI KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -İNKÜBATÖR KULLANMA -SANTRİFÜJ -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI		-OTOMASYON SİSTEMİ (TETKİK SONUCU)	
KN-05: TETKİK SONUÇLARININ KONTROLÜ/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, LABORATUVAR TEKNİSYENİ	-OTOMASYON SİSTEMİ (TETKİK SONUCU) -HEMATOLOJİ TESTLERİ İSTEM FORMU			
OP-04: İLGİLİ BÖLÜMÜN BİLGİLENDİRİLMESİ/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, LABORATUVAR TEKNİSYENİ	-OTOMASYON SİSTEMİ (TETKİK SONUCU) -HEMATOLOJİ TESTLERİ İSTEM FORMU		-TELEFON / SÖZLÜ BİLGİ -RED/KABUL KRİTERLERİ FORMU	-İLGİLİ UZMAN HEKİM -İLGİLİ SERVİS HEMŞİRESİ -HASTA / HASTA YAKINI
OP-05: SONUÇLARIN ONAYLANMASI/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI	-HEMATOLOJİ TESTLERİ İSTEM FORMU		-OTOMASYON	-HASTA / HASTA YAKINI -YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİ
OP-06: TETKİK SONUÇLARININ İLGİLİ YERLERDE DEĞERLENDİRİLMESİ	-YATAKLI TEDAVİ PROSES AKIŞ ŞEMASI -ACİL POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI -POLİKLİNİK PROSES AKIŞ ŞEMALARI			
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:		

	LABORATUVAR PROSES AKIŞ ŞEMASI (MİKROBİYOLOJİ)		DOK NO: PAŞ-05-D YAY TAR: 05.02.2009 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 3 / 10	
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
				
OP-07: MANUEL KAN ÖRNEĞİ ALINMASI/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, LABORATUVAR TEKNİSYENİ	-KAN ÖRNEKLERİ -HASTA -LANSET KULLANMA TALİMATI -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI			
KN-06: TESTLERİN UYGULANMASI / MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, LABORATUVAR TEKN.		PERİFERİK YAYMA  KANAMA VE PIHTILAŞMA		
OP-08: KANAMA VE PIHTILAŞMA SÜRELERİNİN TESPİTİ/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, LABORATUVAR TEKNİSYENİ	-KAN ÖRNEKLERİ -HASTA -LANSET KULLANMA TALİMATI -ZAMAN ÖLÇER KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI			
OP-09: SONUÇLARIN SİSTEME GİRİŞİ/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, LABORATUVAR TEKNİSYENİ			 -OTOMASYON SİSTEMİ (TETKİK SONUÇLARI)	
OP-09: KAN HÜCRESİ DEĞERLENDİRİLMESİ/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, LABORATUVAR TEKNİSYENİ	-KAN ÖRNEKLERİ -HASTA -LANSET KULLANMA TALİMATI -LAM KULLANMA TALİMATI -BOYA KULLANMA TALİMATI -ZAMAN ÖLÇER KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -MİKROSKOP KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI			
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:		



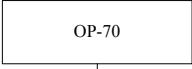
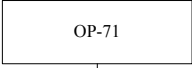
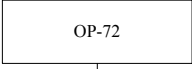

	LABORATUVAR PROSES AKIŞ ŞEMASI (MİKROBİYOLOJİ)			DOK NO: PAŞ-05-D YAY TAR: 05.02.2009 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 4 / 10	
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI	
KN-07: KAN TESTLERİ DİĞER İŞLEMLERİ					
OP-10: ELISA VE SEROLOJİ LABORATUVARINDA KAYIT İŞLEMİNİN YAPILMASI/ LABORATUVAR TEKNİSYENİ	-KAN ÖRNEKLERİ (BARKODLU) -OTOMASYON SİSTEMİ	OP-50			
OP-11: ELISA TETKİKLERİ HAZIRLIĞI/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, BİYOLOG	-KAN ÖRNEKLERİ -SANTRİFÜJ CİHAZI KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI	OP-51			
OP-12: SANTRİFÜJ CİHAZINDAN ÇIKAN ÖRNEKLERİN ELISA CİHAZINA YERLEŞTİRİLMESİ/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, BİYOLOG	-ELISA CİHAZI KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI	OP-52	-OTOMASYON SİSTEMİ (TETKİK SONUCU)		
KN-08: TETKİK SONUÇLARININ KONTROLÜ/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI	-OTOMASYON SİSTEMİ (TETKİK SONUCU)				
OP-13: SONUÇLARIN ONAYLANMASI/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI	-ELISA İSTEM FORMU -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI (EK: GİZLİLİK)	OP-54	-HIV DOĞRULAMA FORMU	-HASTA (HIV) -AYDIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	
OP-14: TETKİK SONUÇLARININ İLGİLİ YERLERDE DEĞERLENDİRİLMESİ	-YATAKLI TEDAVİ PROSES AKIŞ ŞEMASI -ACİL POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI				
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:			



LABORATUVAR PROSES AKIŞ ŞEMASI (MİKROBİYOLOJİ)

DOK NO: PAŞ-05-D
YAY TAR: 05.02.2009
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 5 / 10

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
KN-09: SEROLOJİK TESTLER				
OP-15: ELISA VE SEROLOJİ LABORATUVARINDA KAYIT İŞLEMİNİN YAPILMASI/ BİYOLOG	-KAN ÖRNEKLERİ (BARKODLU) -OTOMASYON			
OP-16: SEROLOJİK TETKİK HAZIRLIĞI/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, BİYOLOG	-KAN ÖRNEKLERİ -SANTRİFÜJ CİHAZI KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI			
OP-17: SANTRİFÜJ CİHAZINDAN ÇIKAN ÖRNEKLERİN SEROLOJİK TETKİKİ/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, BİYOLOG	-ELISA CİHAZI KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI		-OTOMASYON SİSTEMİ	
KN-10: TETKİK SONUÇLARININ KONTROLÜ/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI	-OTOMASYON SİSTEMİ (TETKİK SONUCU) -SEROLOJİ İSTEM FORMU			
OP-18: SONUÇLARIN ONAYLANMASI/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI	-SEROLOJİ İSTEM FORMU -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI		-OTOMASYON SİSTEMİ (ONAYLI)	-HASTA / HASTA YAKINI -YARDIMCI PERSONEL
OP-19: TETKİK SONUÇLARININ İLGİLİ YERLERDE DEĞERLENDİRİLMESİ	-YATAKLI TEDAVİ PROSES AKIŞ ŞEMASI -ACİL POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI			
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:		

	LABORATUVAR PROSES AKIŞ ŞEMASI (MİKROBİYOLOJİ)			DOK NO: PAŞ-05-D YAY TAR: 05.02.2009 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 6 / 10
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
				
OP-20: ELISA VE SEROLOJİ LABORATUVARINDA KAYIT İŞLEMİNİN YAPILMASI/ BİYOLOG	-KAN ÖRNEKLERİ (BARKODLU) -OTOMASYON SİSTEMİ			
OP-21: SEROLOJİK TETKİK HAZIRLIĞI/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, BİYOLOG	-KAN ÖRNEKLERİ -SANTRİFÜJ CİHAZI KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI			
OP-22: SANTRİFÜJ CİHAZINDAN ÇIKAN SERUMLARIN AYRILMASI/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, BİYOLOG	-PİPET KULLANMA TALİMATI -KASET VE TUP AGLÜTİNASYON TESTLERİ -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI -ROTATÖR CİHAZI		-OTOMASYON SİSTEMİ (TETKİK SONUCU)	
				
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:		



LABORATUVAR PROSES AKIŞ ŞEMASI (MİKROBİYOLOJİ)

DOK NO: PAŞ-05-D
YAY TAR: 05.02.2009
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 7 / 10

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
OP-23: MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARINDA KAYIT İŞLEMİNİN YAPILMASI/ BİYOLOG, TIBBİ TEKNOLOG, LAB. TEKNİSYENİ	-KÜLTÜR ÖRNEKLERİ (KAN, VÜCUT SIVILARI, İDRAR, SÜRÜNTÜ ÖRNEKLERİ, VB.) (BARKODLU) -OTOMASYON -BARKOD(2 ADET)		-MİKROBİYOLOJİ LAB. DEFTERİ (BARKOD)	-HASTA(BARKOD 1ADET)
KN-11: ÖRNEK UYGUNLUĞU KONTROLÜ/ MİKROBİYOLOJİ VE MİKROBİYOLOJİ KLİNİK UZMANI, BİYOLOG, TIBBİ TEKNOLOG, LAB. TEKNİSYENİ	-KÜLTÜR ÖRNEKLERİ (KAN, VÜCUT SIVILARI, İDRAR, SÜRÜNTÜ ÖRNEKLERİ, VB.)			
OP-24: İLGİLİ BÖLÜMÜN BİLGİLENDİRİLMESİ/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, BİYOLOG	-NUMUNE KABUL/RED KRİTERLERİ TALİMATI (MİKROBİYOLOJİ)		-TELEFON / SÖZLÜ BİLGİ -NUMUNE KABUL/RED KRİTERLERİ FORMU	-İLGİLİ UZMAN HEKİM -İLGİLİ SERVİS HEMŞİRESİ -HASTA / HASTA YAKINI
KN-12: MATERYAL TİPİNE GÖRE İŞLEM KARARI/ MİKROBİYOLOJİ VE MİKROBİYOLOJİ KLİNİK UZMANI, BİYOLOG	-KÜLTÜR ÖRNEKLERİ (KAN, VÜCUT SIVILARI, İDRAR, SÜRÜNTÜ ÖRNEKLERİ, VB.) -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI			
OP-25: İNKÜBASYON/ MİKROBİYOLOJİ VE MİKROBİYOLOJİ KLİNİK UZMANI, BİYOLOG	-KAN KÜLTÜRÜ ÖRNEKLERİ -ETÜV KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI			
OP-26: PASAJLAMA/ MİKROBİYOLOJİ VE MİKROBİYOLOJİ KLİNİK UZMANI, BİYOLOG	-KAN KÜLTÜRÜ ÖRNEKLERİ -SARF MALZEMELERİ -BUNSEN BEKİ KULLANMA TALİMATI -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI			
OP-27: İNKÜBASYON/ MİKROBİYOLOJİ VE MİKROBİYOLOJİ KLİNİK UZMANI, BİYOLOG	-KAN KÜLTÜRÜ ÖRNEKLERİ -KÜLTÜR ÖRNEKLERİ (VÜCUT SIVILARI, İDRAR, SÜRÜNTÜ ÖRNEKLERİ, VB.) -ETÜV KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI			
KN-13: ÜREME OLUP OLMADIĞININ KONTROLÜ/ MİKROBİYOLOJİ VE MİKROBİYOLOJİ KLİNİK UZMANI, BİYOLOG				
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:		



LABORATUVAR PROSES AKIŞ ŞEMASI (MİKROBİYOLOJİ)

DOK NO: PAŞ-05-D
YAY TAR: 05.02.2009
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 8 / 10



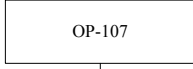
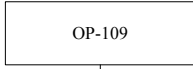
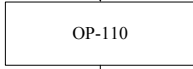
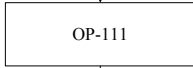
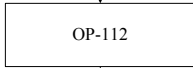
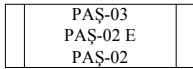
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
KN-14: KAN KÜLTÜRÜ ANALİZİ YA DA DİĞER KÜLTÜRLERİN ANALİZİNE GÖRE İŞLEM KARARI	-KAN KÜLTÜRÜ ÖRNEKLERİ -KÜLTÜR ÖRNEKLERİ (VÜCUT SIVILARI, İDRAR, SÜRÜNTÜ ÖRNEKLERİ, VB.) -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI			
OP-28: ANTİBİYOGRAF ALINMASI, BAKTERİ TANIMLAMASI VE MİKROSKOP İNCELEME/ MİKROBİYOLOJİ VE MİKROBİYOLOJİ KLİNİK UZMANI, BİYOLOG	-KAN KÜLTÜRÜ ÖRNEKLERİ -ETÜV KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI -MİKROSKOP KULLANMA VE BAKIM TALİMATI			
OP-29: SONUÇLARIN RAPORLANMASI/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI	-LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI		-OTOMASYON SİSTEMİ	
OP-30: TETKİK SONUÇLARININ İLGİLİ YERLERDE DEĞERLENDİRİLMESİ	-YATAKLI TEDAVİ PROSES AKIŞ ŞEMASI -ACİL POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI -POLİKLİNİK PROSES AKIŞ ŞEMALARI			
OP-31: MİKROSKOPİK İNCELEME HAZIRLIKLARI (BOYALI VE/VEYA BOYASIZ ANALİZLER)				
OP-32: KÜLTÜRÜN MİKROSKOPİK İNCELEME İÇİN EKİMİ, BOYANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, BİYOLOG	-KÜLTÜR ÖRNEKLERİ (VÜCUT SIVILARI, İDRAR, SÜRÜNTÜ ÖRNEKLERİ, VB.) -MİKROSKOP KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI			
OP-33: GEREKLİ İSE KLİNİSYENİN BİLGİLENDİRİLMESİ/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, BİYOLOG			-OTOMASYON SİSTEMİ	-İLGİLİ UZMAN HEKİM
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:		



LABORATUVAR
PROSES AKIŞ ŞEMASI
(MİKROBİYOLOJİ)

DOK NO: PAŞ-05-D
YAY TAR: 05.02.2009
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 9 / 10

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
		<pre>graph TD; Hs1((H s1)) --> R1[]; R1 --> R2[]; R2 --> Ys1((Y s1));</pre>		
OP-34: YATAN HASTADAN TETKİK MATERYALİ ALINMASI (UYGUN ÖRNEĞİN ALINAMADIĞI DURUMLAR İÇİN)	-TETKİK İSTEM KAĞIDI (VARSA) -TELEFON			
OP-35: İLGİLİ SERVİS/ POLİKLİNİKTEN TETKİK MATERYALİNİN ALINMASI BİLGİSİNİN VERİLMESİ/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI			-TETKİK MATERYALİ -TETKİK İSTEM KAĞIDI (HEKİM / HEMŞİRE)	
HAZIRLAYAN:	ONAYLAYAN:			

	LABORATUVAR PROSES AKIŞ ŞEMASI (MİKROBİYOLOJİ)			DOK NO: PAŞ-05-D YAY TAR: 05.02.2009 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 10 / 10	
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI	
					
OP-36: HASTANIN MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARINA GELMESİ/ HASTA	-GAİTA ÖRNEĞİ		-SÖZLÜ BİLGİ	-BİYOLOG	
OP-37: HASTADAN GAİTA ÖRNEĞİNİN ALINMASI/ BİYOLOG	-OTOMASYON SİSTEM İ GAİTA ÖRNEKLERİ				
OP-38: GAİTA ÖRNEĞİNİN MİKROBİYOLOJİK İNCELEME İÇİN HAZIRLANMASI/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, BİYOLOG	-MİKROSKOP KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI				
OP-39: SONUÇLARIN ALINMASI, DEĞERLENDİRİLMESİ VE RAPORLANMASI/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI, BİYOLOG	-LABORATUVAR ÇALIŞMA TALİMATI		-OTOMASYON SİSTEMİ		
OP-40: SONUÇLARIN OTOMASYON SİSTEMİNE KAYDI VE HASTAYA TESLİMİ/ MİKROBİYOLOJİ VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI			-OTOMASYON SİSTEMİ	-HASTA / HASTA YAKINI -YARDIMCI PERSONEL	
OP-41: TETKİK SONUÇLARININ İLGİLİ YERLERDE DEĞERLENDİRİLMESİ	-YATAKLI TEDAVİ PROSES AKIŞ ŞEMASI -ACİL POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI -POLİKLİNİK PROSES AKIŞ ŞEMALARI				
HAZIRLAYAN:			ONAYLAYAN:		

Tablo 4.12 Doğumhane Akış Şeması



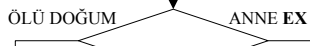
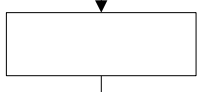
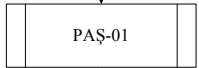

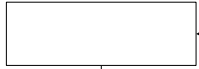
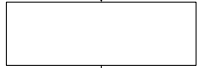
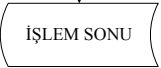
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	DOĞUMHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI		
		İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
OP-01: HASTANIN ACİL POLİKLİNİĞİNDEN GÖNDERİLMESİ, DOĞUM EYLEMİ BAŞLAMIS HASTANIN DOĞUMHANEYE ALINMASI, HARIÇTE DOĞUM YAPAN HASTANIN ACİL POLİKLİNİĞİNDEN DOĞUMHANEYE ALINMASI	-ACİL POLİKLİNİĞİ PROSES AKIŞ ŞEMASI -YATAKLI SERVİS PROSES AKIŞ ŞEMASI -POLİKLİNİK PROSES AKIŞ ŞEMASI			
KN-01: DOĞUMHANE VE KAYIT İŞLEMLERİ	-HASTA DOSYASI (SERVİSTEN GELEN)	(24 SAATE KADAR) DOĞUM BAŞLAMIS / HARIÇTEN DOĞUM		
OP-02: SERVİS HEMŞİRESİNDEN HASTANIN TESLİM ALINMASI/EBE	-HASTA DOSYASI (SERVİSTEN GELEN)			-UZMAN HEKİM
OP-03: MUAYENE YAPILMASI/ UZMAN HEKİM, EBE			-HASTA TAKİP KAĞIDI -HASTA DOSYASI	
KN-02: HASTA HAKKINDA KARAR/ UZMAN HEKİM, EBE	-HASTA TAKİP KAĞIDI	TETKİK / SERVİSE DÖNÜŞ	SEZARYEN	
OP-04: SPONTAN DOĞUM YAPACAK HASTANIN TAKİBE ALINMASI/ UZMAN HEKİM, EBE	-HASTA TAKİP KAĞIDI -TETKİK SONUÇLARI			-HASTA TAKİP KAĞIDI
KN-03: KOMPLİKASYON GÖZLENMESİ/ UZMAN HEKİM, EBE			SEZARYEN	
OP-05: DOĞUMA HAZIR HALE GELEN HASTANIN DOĞUMHANEYE ALINMASI/EBE				
OP-06: DOĞUM İŞLEMİNE HAZIRLIK YAPILMASI/ EBE	-DOĞUMA HAZIRLIK TALİMATI			
HAZIRLAYAN:	ONAYLAYAN:			



DOĞUMHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI

DOK NO: PAŞ-06
YAY TAR: 15.01.2009
REV NO:00
REV TAR:
SAYFA: 2 / 6

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
OP-07: DOĞUM EYLEMİNİN GERÇEKLEŞMESİ/ UZMAN HEKİM (GEREKLİ İSE), EBE				
KN-04: HASTANIN VE BEBEĞİN DURUMUNA GÖRE İŞLEM KARARI/ UZMAN HEKİM, EBE		<p>BEBEKTE KOMPLİKASYON</p> <p>EXITUS</p> <p>NORMAL</p>	-TELEFON	-İLGİLİ HEKİM (KOMPLİKASYON VARSA)
OP-08: DOĞUM SONRASI BEBEK BAKIMI VE KAYITLARIN TUTULMASI/ HEKİM, EBE, SEKRETER	-YENİDOĞAN BAKIM TALİMATI		-YENİDOĞAN ÇOCUK TABELASI -KÜNYE -BEBEK AYAK KARTI -DOĞUM DEFTERİ -DOĞUM RAPORU (SEKRETER) -BEBEK TAKİP FORMU (SERVİSTE) -OTOMASYON SİSTEMİ	
OP-09: ANNE VE BEBEĞİN SERVİSTE BİLGİLENDİRME VE TAKİBİNİN YAPILMASI	-YATAKLI TEDAVİ (HARİCİYE) İŞLEMLERİ PROSES AKIŞ ŞEMASI (SEZARYEN İSE) -YENİDOĞAN ÜNİTESİ PROSES AKIŞ ŞEMASI			
OP-10: BEBEĞİN MUAYENESİ VE GEREKLİ MÜDAHALELERİN YAPILMASI/ UZMAN HEKİM, NRP SERTİFİKALI PRATİSYEN HEKİM, EBE				
KN-05: BEBEĞİN DURUMUNA GÖRE İŞLEM KARARI/ İLGİLİ HEKİM, EBE		<p>EXITUS</p> <p>SAĞLIKLI BEBEK / PREMATÜRE</p> <p>SEVK</p>		
OP-11: SEVK BİLGİLERİNİN KAYDEDİLMESİ, SERVİSİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE SEVK İŞLEMİ/ İLGİLİ YENİDOĞAN ÜNİTESİ HEMŞİRESİ	-YENİDOĞAN ÜNİTESİ PROSES AKIŞ İŞEMASI		-BEBEK TABELASI -SGK KARNESİ (VARSA) -HASTA SEVK FORMU -112 FORMU (AMBULANS İLE) -BEBEK KONSÜLTASYON FORMU (HASTA SAHİBİ İLE)	-112 KOMUTA MERKEZİ -AMBULANS EKİBİ
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:		

		DOĞUMHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI		DOK NO: PAŞ-06 YAY TAR: 15.01.2009 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 3 / 6	
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI	
					
KN-06: ANNE VE YENİDOĞAN İŞLEMLERİ					
OP-12: CANLI DOĞUM SONRASI KAYIT TUTULMASI, SERVİSİN BİLGİLENDİRİLMESİ/ İLGİLİ HEKİM			- BEBEK TABELASI - KÜNYE - BEBEK AYAK KARTI (DOSYADA) - DOĞUM DEFTERİ - BEBEK PROTOKOL DEFTERİ - TEDAVİ DEFTERİ - DOĞUM BİLDİRİM FİŞİ - MÜŞAHEDE KAĞIDI - BEBEK ÖLÜM FORMU		
OP-13: GEREKLİ DEFİN HAZIRLIKLARININ YAPILMASI VE KAYIT BÜROSUNDA DEFİN İŞLEMLERİNİN YAPTIRILMASI/ İLGİLİ HEKİM, EBE	-DANIŞMA VE HASTA KAYIT BİRİMİ PROSES AKIŞ ŞEMASI				
OP-14: GEREKLİ DEFİN HAZIRLIKLARININ YAPILMASI VE KAYIT BÜROSUNDA DEFİN İŞLEMLERİNİN YAPTIRILMASI/ İLGİLİ HEKİM, EBE			- KÜNYE - BEBEK AYAK KARTI - DOĞUM DEFTERİ - BEBEK PROTOKOL DEFTERİ - TEDAVİ DEFTERİ - DOĞUM BİLDİRİM FİŞİ - MÜŞAHEDE KAĞIDI - BEBEK ÖLÜM FORMU		
OP-15: KAYITLARIN TUTULMASI / UZMAN HEKİM, HEMŞİRE	-HASTA YATIŞ DOSYASI		- ANNE ÖLÜM FORMU - HASTA YATIŞ DOSYASI		
OP-16: İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMUNUN BİLGİLENDİRİLMESİ VE SEVK İŞLEMİ / BAŞHEKİMLİK, HASTANE MÜDÜRLÜĞÜ	-ANNE ÖLÜM FORMU -HASTA YATIŞ DOSYASI		- TELEFON - SEVK YAZISI - İDARİ/RESMİ YAZIŞMALAR	- İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMU - CUMHURİYET SAVCILILIĞI	
					
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:			



DOĞUMHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI

DOK NO: PAŞ-06
YAY TAR: 15.01.2009
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 4 / 6

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
KN-07: SEVK KARARININ UYGULANMASI				
OP-17: SEVK EDİLECEK KURUMLA BAĞLANTININ KURULMASI/ UZMAN HEKİM	-SAĞLIK KURUMLARI İLETİŞİM LİSTESİ		-TELEFON	-ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞU
KN-08: ONAY ALINMASI/ UZMAN HEKİM			-HASTA DOSYASI	
OP-18: 112 AMBULANS SERVİSİNİN ARANMASI, GEREKLİYSE HASTAYA ÖZEL BİLGİNİN İLETİLMESİ/ UZMAN HEKİM, HEKİM			-HASTA NAKİL / SEVK FORMU -112 FORMU	-AMBULANS EKİBİ
OP-19: HASTANIN HASTANEDEN AYRILMASI				
OP-20: ÜÇÜNCÜ BASAMAKS AĞLIK KURUMUNA SEVK İŞLEMLERİ HAZIRLIĞI/ UZMAN HEKİM			-SEVK FORMU (UZMAN HEKİM ONAYLI) -SGK KARNESİ (VARSA)	-HASTA/HASTA YAKINI
OP-21: SEVK İŞLEMİ İÇİN GEREKLİ ONAYLARIN ALINMASI	-SEVK FORMU (UZMAN HEKİM ONAYLI) -HASTANE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ			
OP-22: HASTA KAYIT BİRİMİNDE SEVK İŞLEMLERİNİN SONUÇLANDIRILMASI	-HASTA KAYIT PROSES AKIŞ ŞEMASI			
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:		



DOĞUMHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI

DOK NO: PAŞ-06
YAY TAR: 15.01.2009
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 5 / 6

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
OP-23:SEZARYEN İÇİN GEREKLİ TAHLİLLERİN İSTENMESİ/UZMAN HEKİM	-HASTA TAKİP KAĞIDI -TETKİK SONUÇLARI (ESKİ) -HASTA DOSYASI		-HASTA TABELASI	-EBE
OP-24: GEREKLİ TAHLİLLERE AİT İSTEMDE BULUNULMASI / EBE	-HASTA TABELASI		-OTOMASYON SİSTEMİ (LAB. İSTEMLERİ)	-BİYOKİMYA -MİKROBİYOLOJİ
OP-25: LABORATUAR HİZMETLERİ	-LABORATUAR PROSES AKIŞ ŞEMASI		-TETKİK SONUÇLARI	-EBE
OP-26: GELEN SONUÇLARIN UZMAN HEKİMLERE GÖSTERİLMESİ /EBE	-TETKİK SONUÇLARI			-UZMAN HEKİM -ANESTEZİ UZMANI
KN-09: UZMAN HEKİM KARARI				
OP-27: AMELİYATA HAZIRLIK / EBE	-DOĞUMA HAZIRLIK TALİMATI			
KN-13: HASTADAN ONAY ALINMASI/ EBE	-DOĞUMA HAZIRLIK TALİMATI		-HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU	-HASTA, HASTANIN EŞİ / VELİ
OP-28: HASTADAN KIYMETLİ EŞYALARIN ALINMASI / EBE, HASTA	-DOĞUMA HAZIRLIK TALİMATI (EŞYA TESLİMATI İLE İLGİLİ BİLGİ)		-DEĞERLİ EŞYA TESLİM FORMU	-HASTA, HASTANIN EŞİ / VELİ
OP-29: HASTANIN AMELİYATHANEYE TESLİMİ / EBE	-HASTA DOSYASI		-AMELİYATHANE HASTA TESLİM FORMU	-ANESTEZİ TEKNİSYENİ -AMELİYATHANE HEMŞİRESİ -ANESTEZİ UZMAN HEMŞİRESİ
OP-30: AMELİYATHANE SÜRECİ	-AMELİYATHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI			
OP-31: BEBEĞİN YERİNİN HAZIRLANMASI /EBE	-RADYAN KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -VAKUM ASPIRATÖR KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -YENİDOĞAN BAKIM TALİMATI			
OP-32: BEBEĞİN AMELİYATHANEDEN TESLİM ALINMASI/ HEKİM, AMELİYAT HEMŞİRESİ , EBE				
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:		


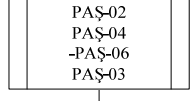
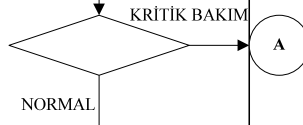
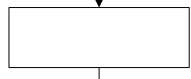
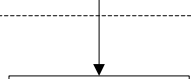

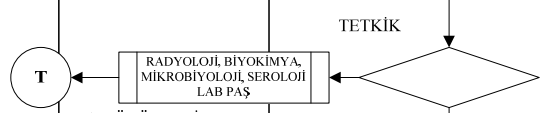
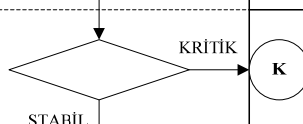
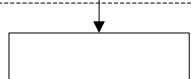



DOĞUMHANE PROSES AKIŞ ŞEMASI

DOK NO: PAŞ-06
YAY TAR: 15.01.2009
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 6 / 6

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
		(Z)		
OP-33: KAYIT İŞLEMLERİNİN YAPTIRILMASI/HASTA, HASTA YAKINI	-DANIŞMA VE HASTA KAYIT BİRİMİ PROSES AKIŞ ŞEMASI	PAŞ-01		
OP-34: HASTANIN DOĞUMHANEYE ALINMASI / YARDIMCI PERSONEL	-HASTA TAŞIMA TALİMATI	[]		
OP-35: DOĞUM İÇİN GEREKLİ TAHLİLLERİN İSTENMESİ/UZMAN HEKİM	-HASTA TAKİP KAĞIDI -TETKİK SONUÇLARI (ESKİ) -HASTA DOSYASI	[]	-HASTA DOSYASI	-EBE
OP-36: GEREKLİ TAHLİLLERE AİT İSTEMDE BULUNULMASI / EBE	-HASTA DOSYASI	[]	-OTOMASYON SİSTEMİ (LAB. İSTEMLERİ)	-BİYOKİMYA -MİKROBİYOLOJİ
OP-37: LABORATUAR HİZMETLERİ	-LABORATUAR PROSES AKIŞ ŞEMASI	PAŞ-05	-OTOMASYON SİSTEMİ (TETKİK SONUÇLARI)	-EBE
OP-38: HASTANIN DOĞUM MASASINA ALINMASI /EBE		[]		
OP-39: HASTANIN UZMAN HEKİM TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ / UZMAN HEKİM	-TETKİK SONUÇLARI -HASTA DOSYASI	[]		
OP-40: DOĞUM İLE İLGİLİ GEREKLİ MÜDAHALELER / UZMAN HEKİM		[]		
		(Ç)		
HAZIRLAYAN:	ONAYLAYAN:			

Tablo 4.14 Yenidoğan Ünitesi Proses Akış Şeması

		YENİDOĞAN ÜNİTESİ PROSES AKIŞ ŞEMASI		DOK NO: PAŞ-07 YAY TAR: 06.10.2008 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 1 / 5	
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI		TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
OP-01: YENİDOĞANIN GELİŞİ	-ACİL POLİKLİNİĞİ PAŞ -AMELİYATHANE PAŞ -DOĞUMHANE PAŞ -YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ LOĞUSA/ HARİCİYE PAŞ				
KN-01: YENİDOĞANIN YOĞUN BAKIMA ALINMASI/ UZMAN HEKİM, YENİDOĞAN SORUMLU HEMŞİRESİ, YENİDOĞAN HEMŞİRESİ	-BEBEK TABELASI -YATIŞ FORMU(ACİL)				
OP-02: YENİDOĞANIN KÜVEZE ALINMASI VE FİZİK MUAYENE/ UZMAN HEKİM,HEKİM, YENİDOĞAN SORUMLU HEMŞİRESİ, YENİDOĞAN HEMŞİRESİ	-KÜVEZ KULLANMA VE BAKIM TALİMATI			-HASTA DOSYASI	
OP-03: YENİDOĞANIN AĞIRLIK, BOY VE BAŞ ÇEVRESİ ÖLÇÜMLERİ/ YENİDOĞAN SORUMLU HEMŞİRESİ, YENİDOĞAN HEMŞİRESİ	-DİJİTAL TERAZİ KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -MEZURA (BAŞÖLÇER) KULLANMA TALİMATI			-YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HASTA GÖZLEM KAĞIDI	
OP-04: ANT-TA ALINMASI/ YENİDOĞAN SORUMLU HEMŞİRESİ, YENİDOĞAN HEMŞİRESİ	-KÜVEZ KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -PULSEOKSİMETRE KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -MONİTÖR KULLANMA VE BAKIM TALİMATI			-HEMŞİRE GÖZLEM KAĞIDI	
KN-02: YENİDOĞAN HAKKINDA KARAR/ UZMAN HEKİM	-KAN ÜRÜNLERİ NUMUNE TAŞIMA TALİMATI			-İSTEM (HASTA PROTOKOLÜ)(OTO MASYON -KAN ÜRÜNLERİ TESLM FORMU -NUMUNE -BARKOD	
KN-03: YENİDOĞANIN GÖZLENMESİ/ YENİDOĞAN SORUMLU HEMŞİRESİ, YENİDOĞAN HEMŞİRESİ	-KÜVEZ KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -FOTOTERAPİ CİHAZI KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -PULSEOKSİMETRE KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -MONİTÖR KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -İNFÜZYON POMPASI				
OP-05: ANNENİN YENİDOĞAN BEBEK BAKIMI KONUSUNDA EĞİTİLMESİ/ YENİDOĞAN SORUMLU HEMŞİRESİ, YENİDOĞAN HEMŞİRESİ	ANNE EĞİTİMİ KILAVUZU(YENİDOĞAN)				
OP-06: YENİDOĞANIN VE EVRAKIN İLGİLİ SERVİSİNE TESLİMİ/YENİDOĞAN SORUMLU HEMŞİRESİ, YENİDOĞAN HEMŞİRESİ	-YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ PROSES AKIŞ ŞEMALARI				-YENİDOĞAN SERVİS HEMŞİRESİ
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:			



YENİDOĞAN ÜNİTESİ PROSES AKIŞ ŞEMASI

DOK NO: PAŞ-07
YAY TAR: 06.10.2008
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 2 / 5


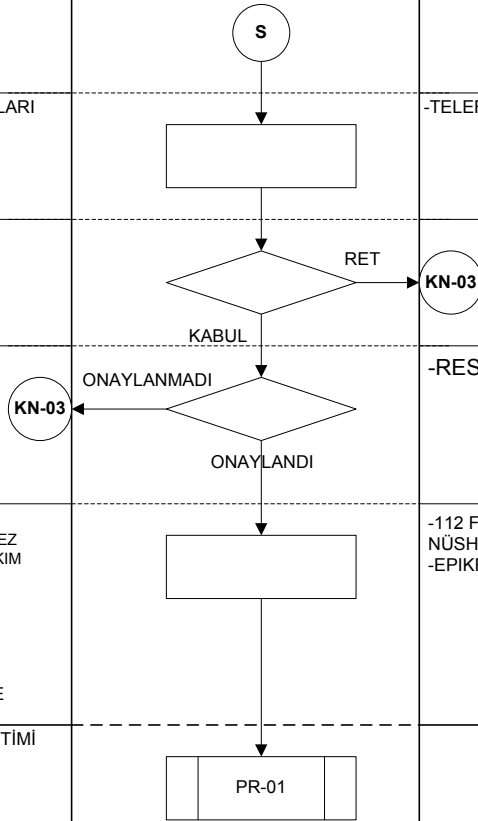
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
OP-07: YENİDOĞANIN KÜVEZE VEYA RADYANA ALINMASI/ UZMAN HEKİM, YENİDOĞAN SORUMLU HEMŞİRESİ, YENİDOĞAN HEMŞİRESİ	-KÜVEZ KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -RADYAN KULLANMA VE BAKIM TALİMATI			
OP-08: YENİDOĞANIN MONİTÖRE BAĞLANMASI/ UZMAN HEKİM, YENİDOĞAN SORUMLU HEMŞİRESİ, YENİDOĞAN HEMŞİRESİ	-MONİTÖR KULLANMA VE BAKIM TALİMATI			
OP-09: YENİDOĞANA GEREKLİ MÜDAHALELERİN GERÇEKLEŞTİRİLMESİ/ UZMAN HEKİM, YENİDOĞAN SORUMLU HEMŞİRESİ, YENİDOĞAN HEMŞİRESİ				
KN-04: YENİDOĞAN HAKKINDA KARAR/ UZMAN HEKİM				
HAZIRLAYAN:	ONAYLAYAN:			



YENİDOĞAN ÜNİTESİ PROSES AKIŞ ŞEMASI

DOK NO: PAŞ-07
YAY TAR: 06.10.2008
REV NO: 00
REV TAR:
SAYFA: 3 / 5

İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI
		<pre>graph TD T((T)) --> A[TETKİK İSTEĞİ] A --> B[RADYOLOJİ, BİYOKİMYA, MİKROBİYOLOJİ, SEROLOJİ LAB PAŞ] B --> C[] C --> D{ } D -- TETKİK --> E((K)) D -- SEVK/ TEDAVİYE DEVAM --> F{ } F -- SEVK --> G((S)) F -- TEDAVİ PLANI --> H[] H --> I((KN-02))</pre>		
OP-10: YENİDOĞAN İLE İLGİLİ TETKİKLERİN GERÇEKLEŞTİRİLMESİ	-LAB PROSES AKIŞ ŞEMALARI		-TETKİK SONUÇLARI	
OP-11: SONUÇLARIN, FİZİK MUAYENE BULGULARI İLE BİRLİKTE DEĞERLENDİRİLMESİ/ UZMAN HEKİM			-HASTA DOSYASI	
KN-05: HEKİM KARARI	-HASTA DOSYASI (TETKİK SONUÇLARI DAHİL)			
KN-06: HEKİM KARARI			-HASTA DOSYASI (ORDER)	
OP-12: YENİDOĞANIN, TEDAVİ PLANINA UYGUN ŞEKİLDE İZLENMESİ/ UZMAN HEKİM, YENİDOĞAN SORUMLU HEMŞİRESİ, YENİDOĞAN HEMŞİRESİ	-HASTA DOSYASI		-HASTA DOSYASI (ORDER)	
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:		

		YENİDOĞAN ÜNİTESİ PROSES AKIŞ ŞEMASI		DOK NO: PAŞ-07 YAY TAR: 06.10.2008 REV NO: 00 REV TAR: SAYFA: 4 / 5	
İŞİN TANIMI/SORUMLUSU	KULLANILAN REFERANS	İŞ AKIŞI	TUTULAN KAYIT	BİLGİ DAĞITIMI	
OP-13: SEVK EDİLECEK KURUMLA BAĞLANTININ KURULMASI/ UZMAN HEKİM	-SAĞLIK KURUMLARI İLETİŞİM LİSTESİ		-TELEFON	-İLGİLİ SAĞLIK KURULUŞU	
KN-07: ONAY ALINMASI/ UZMAN HEKİM			-HASTA DOSYASI		
KN-08: HASTA YAKINI ONAYININ ALINMASI/ UZMAN HEKİM			-RESMİ ONAY	-HASTA YAKINI	
OP-14: 112 AMBULANS SERVİSİNİN ARANMASI VEYA KENDİ AMBULANSIMIZ İLEYENİDOĞANIN TRANSPORT KÜVEZ İLE SEVK YENİDOĞANIN TESLİMİ/ UZMAN HEKİM	-TRANSPORT KÜVEZ KULLANMA VE BAKIM TALİMATI -RESÜSTASYON MALZEMELERİ -ACİL MÜDAHALE ÇANTASI		-112 FORMU (3 NÜSHA) -EPIKRİZ	-AMBULANS EKİBİ	
OP-15: BAŞHEKİMLİK İŞLEMLERİ	-HASTANE YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ		PR-01		
HAZIRLAYAN:		ONAYLAYAN:			

**Tablo 4.15 Kurumsal Performans Katsayısı Hesaplamaları
(SIPOC Uygulama Öncesi Durum)**

AYDIN ZÜBEYDE HANIM KADIN-DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ 2008 YILI BİRİNCİ DÖNEMİNE (OCAK-ŞUBAT-MART-NİSAN) AİT, 2008 YILI İKİNCİ DÖNEMİNDE (MAYIS,HAZİRAN,TEMMUZ,AĞUSTOS) KULLANILMAK ÜZERE KURUMSAL PERFORMANS KATSAYISININ TESPİT TUTANAĞIDIR.

MUAYENE ERİŞİM KATSAYISI	Poliklinik sayısı:	18	POLK SAYISI DR.SAYISI	1
	Tabip sayısı:	18		
KURUM ALTYAPI ve SÜREÇ DEĞERLENDİRME KATSAYISI				0.2648
HASTA VE HASTA YAKINLARI ANKET KATSAYISI	Poliklinik hizm. anket ortalaması:	0.9506	1.8905	0.945
	Yataklı servis hizm. anket ortalaması:	0.9399		
KURUM VERİMLİLİK KATSAYISI	PGDO oranı:	1.000	4.894	0.979
	PGO oranı:	0.957		
	Yatak doluluk oranı:	0.940		
	Ortalama kalış günü:	0.997		
	Yatan hasta oranı:	1.000		
KURUM HEDEF KATSAYISI	Sezaryen oranı:	0.8823	3.548	0.887
	Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat puanı:	0.6654		
	Günlük ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat puanı:	1.000		
	Yeni performans takip sistemine veri giriş puanı	1.000		
KURUMSAL PERFORMANS KATSAYISI				0.815
YATAK SAYISI				150

**Tablo 4.16 Kurumsal Performans Katsayısı Hesaplamaları
(SİPOC Uygulama Sonrası Durum)**

2008 YILI ÜÇÜNCÜ DÖNEMİNE(EYLÜL-EKİM-KASIM-ARALIK) AİT; 2009 YILI BİRİNCİ DÖNEMİNDE KULLANILMAK ÜZERE KURUMSAL PERFORMANS KATSAYISININ TESPİT TUTANAĞIDIR.				
MUAYENE ERİŞİM KATSAYISI	Poliklinik sayısı:	19	1	1
	Tabip sayısı:	19		
HİZMET KALİTE KATSAYISI	Koordinatörlükçe tespit edilen Hizmet Kalite Katsayısı:			96.49
MEMNUNİYET KATSAYISI	Ayaktan Hasta Mem.Anket Ort.:	94.18	Toplam / 2 189,37/2	94.68
	Yatan Hasta Mem.Anket Ort.:	95.19		
KURUM VERİMLİLİK KATSAYISI	Toplam Giderin Toplam Gelire Oranı:	0.62	(Toplam puan/hesaplanan kriter sayısı) 8,97/10 Not:Komisyonca tespit Edilen Puan Yazılacaktır.	90.00
	Toplam Borcun Toplam gelire Oranı:	0.47		
	Personel Gideri Destekleme Oranı:	1		
	Yatak Doluluk Oranı:	1		
	Ortalama Kalış Günü:	1		
	Yatan Hasta Oranı:	1		
	Sezeryan Oranı:	1		
	Günlük Cerrah başına Düşen Ortalama Ameliyat Puanı:	1		
	Günlük Ameliyat Masası başına Düşen Ortalama Ameliyat Puanı:	0.88		
	Yeni Performans Takip sistemine Veri Giriş Puanı:	1		
KURUMSAL PERFORMANS KATSAYISI:Kurumsal Performans katsayısı=(Muayene Erişim katsayısı + Memnuniyet katsayısı + Hizmet kalite katsayısı +Kurm Verimlilik katsayısı) / 4 $100,00 + 96,49+94,68+90,00/4 = 381,17 / 4 =95,29$				
YATAK SAYISI:	150			